

# DECLARACIÓN PÚBLICA DE MODIFICACIÓN 2020

|                  |  |                        |                  |
|------------------|--|------------------------|------------------|
| Declarante:      | Juan Pablo Medina Niño                           | Folio:                 | 2021062912300399 |
| Dependencia:     | INSTITUTO TEMAZCALLI PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN | Fecha de Presentación: | 29/jun./2021     |
| Cargo declarado: | Prestador de Servicios                           | Clase declaración:     | Simplificada - B |

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>SITUACIÓN</b> | <b>Declaración de Situación Patrimonial</b> |
|------------------|---|

|                |                        |
|----------------|------------------------|
| <b>SECCIÓN</b> | <b>Datos Generales</b> |
|----------------|------------------------|

|                                  |                               |
|----------------------------------|-------------------------------|
| Nombre (s)                       | Juan Pablo                    |
| Primer Apellido                  | Medina                        |
| Segundo Apellido                 | Niño                          |
| Correo electrónico institucional | laboratorio@temazcalli.gob.mx |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>SECCIÓN</b> | <b>Datos curriculares del declarante</b> |
|----------------|--|

|   |  |
|---|--|
| Nivel de Escolaridad                          | Licenciatura                             |
| Institución educativa                         | UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  |
| Carrera o Área de conocimiento                | LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA |
| Estatus                                       | Finalizado                               |
| Documento Obtenido                            | Título                                   |
| Fecha de obtención del documento              | 14/08/2014                               |
| Lugar donde se ubica la institución educativa | En México                                |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>SECCIÓN</b> | <b>Datos del empleo, cargo o comisión</b> |
|----------------|---|

|   |  |
|---|--|
| Nivel / Orden de Gobierno   | Estatal  |
| Ámbito Público  | Ejecutivo  |
| Nombre del ente Público   | INSTITUTO TEMAZCALLI PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN   |
| Área de Adscripción   | Médica   |
| Empleo, Cargo o Comisión  | Prestador de Servicios   |
| ¿Está contratado por honorarios?  | SI   |
| Fecha de la toma de posesión del cargo, empleo o comisión                               | 01/01/2020   |
| Especifique la función principal  | Brindar atención psicológica   |
| Teléfono de oficina y extensión   | 4448126196 EXT 232   |
| Domicilio del empleo, cargo o comisión en México  | CALZADA FRAY DIEGO DE LA MAGDALENA, 106, INDUSTRIAL AVIACIÓN, 78140, San Luis Potosí, San Luis Potos |
| ¿Cuenta con otro empleo, cargo o comisión en el servicio público distinto al declarado? | NO   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>SECCIÓN</b> | <b>Experiencia Laboral (Últimos cinco empleos)</b> |
|----------------|--|

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| Ámbito / Sector en el que Laboraste | Público   |
| Nivel / Orden de Gobierno           | Estatal   |
| Ámbito Público                      | Ejecutivo |

|   |  |
|---|--|
| Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación | CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES  |
| Área de Adscripción / Área  | PROMOCION  |
| Empleo, Cargo o Comisión / Puesto                                     | ENCARGADO DEL ÁREA   |
| Especifique Función Principal (Límite 1,500 caracteres)               | CAPACITAR A PROFESIONALES DE LA SALUD , IMPARTIR PLÁTICAS A POBLACIÓN EN GENERAL Y REALIZAR ACTIVIDADES QUE FOMENTEN LA CULTURA DE LA DONACION DE OR |
| Fecha de ingreso  | 07/09/2015   |
| Fecha de Egreso   | 31/12/2019   |
| Lugar donde se Ubica  | En México  |

#### SECCIÓN Experiencia Laboral (Últimos cinco empleos) - 2

|   |  |
|---|--|
| Ámbito / Sector en el que Laboraste                                   | Privado  |
| Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación | ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CRUZ ROJA MEXICANA |
| RFC   | MEN900502QM3                                   |
| Área de Adscripción / Área  | DOCENCIA                                       |
| Empleo, Cargo o Comisión / Puesto                                     | INSTRUCTOR DE AREA CLINICA                     |
| Sector al que pertenece   | Servicios de Salud                             |
| Fecha de ingreso  | 01/09/2014                                     |
| Fecha de Egreso   | 15/12/2021                                     |
| Lugar donde se Ubica  | En México                                      |

#### SECCIÓN Experiencia Laboral (Últimos cinco empleos) - 3

|   |                              |
|---|------------------------------|
| Ámbito / Sector en el que Laboraste                                   | Privado                      |
| Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación | HOSPITAL LOMAS INTERNACIONAL |
| RFC   | MENJ900502QM3                |
| Área de Adscripción / Área  | HOSPITALIZACION              |
| Empleo, Cargo o Comisión / Puesto                                     | ENFERMERÍA                   |
| Sector al que pertenece   | Servicios de Salud           |
| Fecha de ingreso  | 16/08/2010                   |
| Fecha de Egreso   | 30/11/2011                   |
| Lugar donde se Ubica  | En México                    |

#### SECCIÓN Ingresos Netos del Declarante, Pareja y / o dependientes económicos (entre el 1 de enero y 31 de diciembre del año inmediato anterior)

|  |                  |
|--|------------------|
| I. Remuneración anual neta del declarante por su cargo público (por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos, aguinaldos y otras prestaciones)(cantidades netas después de impuestos) (Sin centavos).) | \$123,000.00     |
| II. Otros ingresos del declarante (suma del II.1 al II.5) (Sin centavos).)   | \$167,649.00     |
| II.1 Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (después de impuestos) (Sin centavos).)   | \$167,649.00     |
| Nombre o Razón Social  | FARMACIA SAN PIO |
| Tipo de Negocio  | FARMACIA         |
| A. Ingreso Anual Neto del declarante (suma del I y II) (Sin centavos))   | \$290,649.00     |
| C.- Total de los ingresos anuales netos percibidos por el declarante, pareja y dependientes económicos (suma de los apartados A y B).  | \$290,649.00     |