

**SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**  
**DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL Y DE INTERESES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS**  
**DECLARACIÓN MODIFICACIÓN 2023**

FECHA DE RECEPCIÓN: 28/05/2023

**SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD PRESENTO A USTED MI DECLARACIÓN PATRIMONIAL Y DE INTERESES, CONFORME A LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 32 Y 33 DE LA LEY GENERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS.

**DATOS GENERALES DEL SERVIDOR PUBLICO**

NOMBRE(S): GARCIA BRAVO JOSE GERMAN GERARDO  
CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL: salud.opd.tlax@gmail.com

**DATOS CURRICULARES DEL DECLARANTE**

| ESCOLARIDAD  |                                           |           |                                |            |                    |            |
|--------------|-------------------------------------------|-----------|--------------------------------|------------|--------------------|------------|
| NIVEL        | INSTITUCIÓN EDUCATIVA                     | UBICACIÓN | CARRERA O ÁREA DE CONOCIMIENTO | ESTATUS    | DOCUMENTO OBTENIDO | FECHA      |
| ESPECIALIDAD | BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA | MEXICO    | POSGRADO EN PEDIATRIA          | FINALIZADO | TITULO             | 1995-02-27 |

**DATOS DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN ACTUAL**

NIVEL / ORDEN DE GOBIERNO: ESTATAL  
ÁMBITO PÚBLICO: EJECUTIVO  
NOMBRE DEL ENTE PÚBLICO: O.P.D. SALUD DE TLAXCALA  
NIVEL JERARQUICO: SUBDIRECTOR (A) DE ÁREA U HOMOLOGO (A)  
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN: HOSPITAL GENERAL DE SAN PABLO DEL MONTE  
EMPLEO, CARGO O COMISIÓN: MEDICO NO FAMILIAR  
¿ESTÁ CONTRATADO POR HONORARIOS?: No  
NIVEL DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN: MO1004000220006  
ESPECIFIQUE FUNCIÓN PRINCIPAL: MEDICO PEDIATRA  
FECHA DE TOMA DE POSESIÓN DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN: 2004-07-15  
TELÉFONO DE OFICINA Y EXTENSIÓN: 2222904360 0

**DOMICILIO DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN**

EN MÉXICO DOMICILIO DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN

|                       |                        |                      |                                           |
|-----------------------|------------------------|----------------------|-------------------------------------------|
| CALLE:                | BOULEVARD BICENTENARIO | NÚMERO EXTERIOR:     | S/N                                       |
| NÚMERO INTERIOR:      | S/N                    | COLONIA / LOCALIDAD: | BARRIO SAN SEBASTIAN, SAN PABLO DEL MONTE |
| MUNICIPIO / ALCALDÍA: | SAN PABLO DEL MONTE    | ENTIDAD FEDERATIVA:  | TLAXCALA                                  |
| CÓDIGO POSTAL:        | 90970                  |                      |                                           |

( Ninguno )

**INGRESOS NETOS DEL DECLARANTE, (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) | 537311  |
| II. OTROS INGRESOS DEL DECLARANTE (SUMA DEL II.1 AL II.5)                                                                                                                                            | 578654  |
| II.1 POR ACTIVIDAD INDUSTRIAL, COMERCIAL Y / O EMPRESARIAL (DESPUÉS DE IMPUESTOS)                                                                                                                    |         |
| II.2 POR ACTIVIDAD FINANCIERA (RENDIMIENTOS O GANANCIAS) (DESPUÉS DE IMPUESTOS)                                                                                                                      | 0       |
| II.3 POR SERVICIOS PROFESIONALES, CONSEJOS, CONSULTORÍAS Y / O ASESORÍAS (DESPUÉS DE IMPUESTOS)                                                                                                      |         |
| II.4 POR ENAJENACIÓN DE BIENES (DESPUÉS DE IMPUESTOS)                                                                                                                                                | 0       |
| II.5 OTROS INGRESOS NO CONSIDERADOS A LOS ANTERIORES (DESPUÉS DE IMPUESTOS)                                                                                                                          | 578,654 |
| A. INGRESO ANUAL NETO DEL DECLARANTE (SUMA DEL NUMERAL I Y II)                                                                                                                                       | 1115965 |

POR ACTIVIDAD INDUSTRIAL, COMERCIAL Y / O EMPRESARIAL (DESPUÉS DE IMPUESTOS).

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | TIPO DE NEGOCIO | MONTO |
|-----------------------|-----------------|-------|
|-----------------------|-----------------|-------|

POR ACTIVIDAD FINANCIERA (RENDIMIENTOS O GANANCIAS) (DESPUÉS DE IMPUESTOS).

| TIPO INSTRUMENTO                     | MONTO |
|--------------------------------------|-------|
| CAPITAL                              | 0     |
| FONDOS DE INVERSIÓN                  | 0     |
| ORGANIZACIONES PRIVADAS              | 0     |
| SEGURO DE SEPARACIÓN INDIVIDUALIZADO | 0     |
| VALORES BURSÁTILES                   | 0     |
| BONOS                                | 0     |
| OTRO (ESPECIFIQUE)                   | 0     |

POR SERVICIOS PROFESIONALES, CONSEJOS, CONSULTORÍAS Y / O ASESORÍAS (DESPUÉS DE IMPUESTOS).

| TIPO DE SERVICIO | MONTO |
|------------------|-------|
|------------------|-------|

POR ENAJENACIÓN DE BIENES (DESPUÉS DE IMPUESTOS)

| TIPO BIEN | MONTO |
|-----------|-------|
| MUEBLE    | 0     |
| INMUEBLE  | 0     |
| VEHÍCULO  | 0     |

OTROS INGRESOS NO CONSIDERADOS A LOS ANTERIORES (DESPUÉS DE IMPUESTOS).

| TIPO INGRESO                         | MONTO  |
|--------------------------------------|--------|
| INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL | 578654 |

BIENES INMUEBLES (ENTRE EL 1 DE ENERO Y EL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR)

(Ninguno)

VEHÍCULOS (ENTRE EL 1 DE ENERO Y EL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR)

(Ninguno)

BIENES MUEBLES ( ENTRE EL 1 DE ENERO Y EL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR )

(Ninguno)

INVERSIONES, CUENTAS BANCARIAS Y OTRO TIPO DE VALORES / ACTIVOS ( ENTRE EL 1 DE ENERO Y EL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO

(Ninguno)

ADEUDOS / PASIVOS (ENTRE EL 1 DE ENERO Y EL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR)

(Ninguno)

PRÉSTAMO O COMODATO POR TERCEROS ( ENTRE EL 1 DE ENERO Y EL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR )

(Ninguno)

PARTICIPACIÓN EN EMPRESAS, SOCIEDADES O ASOCIACIONES (HASTA LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS)

( Ninguno )

¿ PARTICIPA EN LA TOMA DE DECISIONES DE ALGUNA DE ESTAS INSTITUCIONES ? (HASTA LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS)

( Ninguno )

APOYOS O BENEFICIOS PÚBLICOS (HASTA LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS)

( Ninguno )

REPRESENTACIÓN (HASTA LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS)

( Ninguno )

CLIENTES PRINCIPALES (HASTA LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS)

TODOS LOS DATOS DE CLIENTES PRINCIPALES DE LA PAREJA O DEPENDIENTES ECONÓMICOS NO SERÁN PÚBLICOS.

SE MANIFESTARÁ EL BENEFICIO O GANANCIA DIRECTA DEL DECLARANTE SI SUPERA MENSUALMENTE 250 UNIDADES DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN (UMA)

¿REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD LUCRATIVA INDEPENDIENTE AL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN?: Si

|                                                                                      |                                                     |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------|
| TIPO PARTICIPANTE:                                                                   | NOMBRE DE LA EMPRESA O SERVICIO QUE PROPORCIONA:    | RFC: |
| DECLARANTE                                                                           | HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA               |      |
| CLIENTE PRINCIPAL:                                                                   | SEÑALE NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CLIENTE PRINCIPAL: | RFC: |
| PERSONA MORAL                                                                        | HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA               |      |
| SECTOR PRODUCTIVO AL QUE PERTENECE:                                                  | SERVICIOS DE SALUD                                  |      |
| MONTO APROXIMADO DEL BENEFICIO O GANANCIA MENSUAL QUE OBTIENE DEL CLIENTE PRINCIPAL: | 578654                                              |      |

LUGAR DONDE SE UBICA

|                     |           |
|---------------------|-----------|
|                     | EN MÉXICO |
| ENTIDAD FEDERATIVA: | PUEBLA    |

BENEFICIOS PRIVADOS (HASTA LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS)

( Ninguno )

FIDEICOMISOS (HASTA LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS)

( Ninguno )