

Declaración pública **Declaración de modificación** de **LUPITA DEL CARMEN MANZO CAMARGO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Lupita del Carmen Manzo Camargo**

Correo electrónico institucional: **lmanzo@sersalud.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano y Homeopata**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Fecha: **23 de Mayo de 2019**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Administración y Dirección en Sistemas de Salud y de Hospitales**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Capacitacion Integral Para Profesionales en Instituciones de Salud**

Fecha: **27 de Febrero de 2020**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Domicilio del empleo, cargo o comisión: **México**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **rey Tepalcatzin**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Centro de Salud t ii Ajusco**

Número exterior: **s/n**

Empleo, cargo o comisión: **Operativo u Homologo (a)**

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

¿Es contrato(a) por honorarios?: **no**

Colonia/Localidad: **Ajusco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General Centro de Salud t ii Ajusco**

Código postal: **04300**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **4 de Septiembre de 2017** Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 6331**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Publica de la Ciudad de Mèxico

Área de adscripción / Área: **C.S.Tii Ajusto**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Responsable del Centro de Salud t ii
Ajusto**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Fecha de ingreso: **4 de Septiembre de 2017**

Fecha de egreso: **1 de Abril de 2020**

Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Publica de la Ciudad de Mèxico

Área de adscripción / Área: **C.S.Tii Ajusto**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico General**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2020**

Fecha de egreso: **1 de Abril de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración anual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)
(Cantidades netas después de impuestos): **358,059.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **0.00**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **358,059.00**