



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MIGUEL ANGEL CAMACHO GARCIA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Miguel Angel Camacho Garcia**

Correo electrónico institucional: **miguelcamacho2207@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Administración de Empresas**

Institución educativa: **Conalep 106**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **18 de Octubre de 2005**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Técnica #98**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **15 de Julio de 2000**

Nivel: **Primaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Escuela Primaria dr. Gustavo baz**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **15 de Julio de 1997**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Salud**

Área de adscripción: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Apoyo Administrativo Experto en Salud c**

Especifique función principal: **Otro - Apoyo de Recursos Humanos**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2020**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Aztlan**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **77**

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

Colonia/Localidad: **la Raza**

Código postal: **02990**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6112**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Apoyo Administrativo Experto en Salud a**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Operador de Modulo**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Régimen de Protección Social en Salud D.F.

Fecha de ingreso: **4 de Septiembre de 2013**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2019**

Área de adscripción / Área: **Afiliación**

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): **12,074,834.00**

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): **12,074,834.00**