Declaracion pública **Declaración de modificación** de **VICTOR MANUEL GARCIA GUERRERO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Victor Manuel Garcia Guerrero**

Correo electrónico institucional: **victorgarcia.spss@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Primaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Esperanza Lopez Mateos**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **15 de Julio de 1976**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Juan Amos Comenio**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **15 de Julio de 1981**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **cch sur**

Ubicación: **México**

Estatus: **Trunco**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital Pediatrico Iztapalapa**

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 a**

Especifique función principal: **Otro - Mantenimiento**

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

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

Calle: **Calzada Ermita Iztapalapa**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **780**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Granjas de san Antonio**

Código postal: **09070**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Regimen de Proteccion Social en Salud del df**

Área de adscripción / Área: **Oficinas Centrales**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Apoyo Administrativo**

Especifique función principal: **Otro - Chofer**

Fecha de ingreso: **16 de Mayo de 2014**

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

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): **109,079.00**

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): **109,079.00**