



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MIGUEL ANGEL LOPEZ GARCIA** 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): **Miguel Angel Lopez Garcia**

Correo electrónico institucional: **x**

**Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **16 de Noviembre de 2010**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialista en Administracion de Organizaciones de la Salud**

Institución educativa: **Universidad la Salle**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **7 de Marzo de 2018**

**Datos del empleo, cargo o comisión**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud Atanasio Garza Rios**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **0075**

Especifique función principal: **Otro - Consulta Medica**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **23 de Septiembre de 2019**

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

Calle: **dr. Erazo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **75**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Doctores**

Código postal: **06720**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6520**

**Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Cruz Roja Mexicana**

Área de adscripción / Área: **Polanco**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

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

Fecha de ingreso: **1 de Septiembre de 2011**

Fecha de egreso: **16 de Febrero de 2012**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

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): **270,000.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **50,000.00**

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): **50,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **CONSULTA MEDICA**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **320,000.00**