



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MIGUEL GARFIAS GUTIERREZ** 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 Garfias Gutierrez**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Esm/lpn**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **10 de Abril de 1992**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Salud Publica**

Institución educativa: **Espm/Insp**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **20 de Marzo de 2001**

Nivel: **Especialidad**

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

Institución educativa: **Facultad de Negocios / Lasalle**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **15 de Junio de 2015**

Nivel: **Doctorado**

Carrera: **Salud Publica**

Institución educativa: **Espm/Insp**

Ubicación: **México**

Estatus: **Trunco**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Tecnico Laboratorista Clinico**

Institución educativa: **Cecyt No.6 / ipn**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **14 de Septiembre de 1984**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal** Domicilio del empleo, cargo o comisión: **México**
Ambito público: **Órgano Autónomo** Calle: **Juventino Rosas**
Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**
Área de adscripción: **Clinica de Especialidades No.4** Número exterior: **78**
Empleo, cargo o comisión: **Operativo u Homologo (a)** Municipio/Alcaldía: **Cauhtémoc**
¿Es contrato(a) por honorarios?: **no** Colonia/Localidad: **Ex-Hipódromo de Peralvillo**
Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Especialista "a"** Código postal: **06250**
Especifique función principal: **Áreas Técnicas** Entidad federativa: **Ciudad de México**
Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6407**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Epidemiologo**
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal** Especifique función principal: **Otro - Epidemiologo**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Servicios de Salud Publica de la Cdmx** Fecha de ingreso: **16 de Junio de 2015**
Área de adscripción / Área: **Clinica de Especialidades No.4** Fecha de egreso: **1 de Febrero de 2020**
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Coordinador de Vigilancia Epidemiologica**
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal** Especifique función principal: **Otro - Epidemiologo**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Servicios de Salud Publica de la Cdmx** Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2014**
Área de adscripción / Área: **Direccion de Epidemiologia** Fecha de egreso: **15 de Junio de 2015**
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirector de Epidemiologia**
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal** Especifique función principal: **Otro - Epidemiologo**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Servicios de Salud Publica de la Cdmx** Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2014**
Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Azcapotzalco** Fecha de egreso: **31 de Enero de 2014**
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico**
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal** Especifique función principal: **Áreas Técnicas**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Servicios de Salud Publica de la Cdmx** Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2014**
Área de adscripción / Área: **Clinica de Especialidades No.4** Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2014**
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): **483,174.00**

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): **483,174.00**