



Declaración pública **Declaración de modificación** de **BENITO GACHUZ NAJERA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

---

## **I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL**

### **Datos generales del declarante**

Nombre(s): **Benito Gachuz Najera**

Correo electrónico institucional: **bgachuz@hotmail.com**

### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Química Farmaceutica**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **ipn**

Ubicación: **México**

---

### **Datos del empleo, cargo o comisión**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Insurgentes Norte**

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

Número interior: **Piso 5**

Área de adscripción: **Dirección de Epidemiología y Medicina Preventiva**

Número exterior: **423**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Apoyo Administrativo**

Código postal: **06900**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **15 de Julio de 2015** Teléfono de oficina y extensión: **5515570493**

### **Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Muestreador**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Septa**

Fecha de ingreso: **24 de Febrero de 2014**

Fecha de egreso: **14 de Julio de 2014**

Área de adscripción / Área: **Operativa**

Sector al que pertenece: **Otro - Calibracion**

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

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

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

Fecha de ingreso: **15 de Julio de 2014**

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

Área de adscripción / Área: **Afiliacion**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

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

Fecha de ingreso: **15 de Julio de 2014**

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

Área de adscripción / Área: **Afiliacion**

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): **118,200.00**

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): **118,200.00**