



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MIGUEL ANGEL ROCHA REYES** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2022

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Miguel Angel Rocha Reyes**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Fecha: **26 de Mayo de 2020**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad : Urgencias Medico Quirurgicas**

Institución educativa: **Instituto de Servicio de Salud del Distrito Federal**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **26 de Mayo de 2020**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestria en Administracion**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **26 de Mayo de 2020**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Secretaria de Salud de la Ciudad de Mexico**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Especialista**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2021**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **av. Tlahuac**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **4866**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **el Rosario**

Código postal: **09930**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Salud

Área de adscripción / Área: **Hospital General Topilejo**

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

Especifique función principal: **Administración de Recursos Humanos**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2021**

Fecha de egreso: **31 de Marzo de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Salud

Área de adscripción / Área: **Hospital de Especialidades dr Belisario Dominguez**

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

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

Fecha de ingreso: **16 de Julio de 2015**

Fecha de egreso: **30 de Mayo de 2018**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Salud

Área de adscripción / Área: **Hospital de Especialidades dr Belisario Dominguez**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Especialista a**

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

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2012**

Fecha de egreso: **16 de Julio de 2015**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Salud

Área de adscripción / Área: **Hospital de Especialidades dr Belisario Dominguez**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Servicios**

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

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2010**

Fecha de egreso: **1 de Junio de 2012**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Salud

Área de adscripción / Área: **Hospital de Especialidades dr Belisario Dominguez**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2007**

Fecha de egreso: **1 de Abril de 2008**

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): **635,120.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **750,075.00**

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): **750,075.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **MEDICO ESPECIALISTA**

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): **1,385,195.00**

