

Declaración pública **Declaración de modificación** de **EVA CITLALY GOMEZ CAMACHO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2021

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **eva Citlaly Gomez Camacho**

Correo electrónico institucional: **cg.c9002@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Popular Autonoma del Estado de Puebla**

Fecha: **8 de Enero de 2016**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Químicos Biólogos**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Preparatoria del Estado Número 1**

Fecha: **30 de Mayo de 2008**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Avenida Cuitlahuac**

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

Número interior: **401**

Área de adscripción: **Medica**

Número exterior: **458**

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

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Colonia/Localidad: **Unidad Cuitlahuac**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Médico General**

Código postal: **02500**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **15 de Junio de 2020**

Teléfono de oficina y extensión: **5537030732**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

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

Fecha de ingreso: **25 de Enero de 2018**

Área de adscripción / Área: **Consultor Medico**

Fecha de egreso: **19 de Junio de 2020**

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

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): **320,000.00**

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): **320,000.00**