



Declaración pública **Declaración de modificación** de **FRANCISCO SILVIANO CAMACHO IYAÑEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2023**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Francisco Silvano Camacho Iyañez**

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

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Universidad Autonoma de Puebla**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **6 de Agosto de 1981**

---

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialización en Epidemiología**

Institución educativa: **Escuela de Salud Pública de México. Secretaría de Salud**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **17 de Diciembre de 1982**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud Santiago Ahuizotla**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Médico General "A". Centro de Salud**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2022**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Calle Rosas Moreno y Nextengo**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

Colonia/Localidad: **Santiago Ahuizotla**

Código postal: **02750**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6141**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**  
Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirector de Medicina Preventiva y Epidemiología**  
Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**  
Especifique función principal: **Áreas Técnicas**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Servicios de Salud Pública de Cdmx**  
Fecha de ingreso: **16 de Febrero de 2014**  
Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria /Epidemiología y Medicina Preventiva**  
Fecha de egreso: **31 de Agosto de 2020**  
Lugar donde se ubica: **México**

---

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado**  
Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Especialista /Epidemiologo**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Hospital General Rosa Elvira Alvarez/Médica Azul**  
Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2007**  
Área de adscripción / Área: **Medicina Preventiva**  
Fecha de egreso: **21 de Agosto de 2012**  
R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**  
Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**  
Lugar donde se ubica: **México**

---

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**  
Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Especialista /Epidemiologo**  
Nivel / Orden de gobierno: **Federal**  
Especifique función principal: **Áreas Técnicas**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Hospital Naval Salina Cruz/Secretaria de Marina, Armada de México**  
Fecha de ingreso: **25 de Septiembre de 2000**  
Área de adscripción / Área: **Epidemiología y Medicina Preventiva**  
Fecha de egreso: **16 de Septiembre de 2009**  
Lugar donde se ubica: **México**

---

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**  
Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Cirujano Especialista /Epidemiologo**  
Nivel / Orden de gobierno: **Federal**  
Especifique función principal: **Áreas Técnicas**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Hospital General Salina Cruz/Pemex**  
Fecha de ingreso: **17 de Enero de 2000**  
Área de adscripción / Área: **Medicina Preventiva**  
Fecha de egreso: **11 de Mayo de 2005**  
Lugar donde se ubica: **México**

---

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**  
Empleo cargo o comisión / Puesto: **Supervisor Médico en Área Normativa/Coordinador Médico**  
Nivel / Orden de gobierno: **Federal**  
Especifique función principal: **Áreas Técnicas**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Coordinación de Vigilancia Epidemiológica/Ssa**  
Fecha de ingreso: **1 de Julio de 1997**  
Área de adscripción / Área: **Dirección de Supervision Integral**  
Fecha de egreso: **6 de Enero de 2000**  
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): **458,031.00**

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): **458,031.00**

