



Declaración pública **Declaración de modificación** de **DANIEL ESCOBAR POLICARPO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Daniel Escobar Policarpo**

Correo electrónico institucional: **danielep_4@live.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Estomatología**

Institución educativa: **Universidad Justo Sierra**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **3 de Septiembre de 2009**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Técnico en Administración**

Institución educativa: **Instituto Alexander**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **4 de Julio de 2003**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Ofic.No. 0530 Anexa la Normal de Atizapan**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **6 de Julio de 2000**

Nivel: **Primaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Anexa a la Normal de Atipazan**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **10 de Julio de 1997**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Hospital General Balbuena**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Operativo Galene Salud**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Octubre de 2012**

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

Calle: **Cecilio Robelo y sur**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **103**

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

Colonia/Localidad: **Aeronáutica Militar**

Código postal: **15970**

Entidad federativa: **None**

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

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: Público	Empleo cargo o comisión / Puesto: Atencion Medica en Endodoncias
Nivel / Orden de gobierno: Federal	Especifique función principal: Otro - Atencion Medica en Endodoncias
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: Sistema de Transporte Colectivo Metro	Fecha de ingreso: 16 de Septiembre de 2019
Área de adscripción / Área: Medica	Fecha de egreso: 31 de Marzo de 2021
	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): **148,235.00**

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): **148,235.00**