



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARISOL CHAVEZ CAMACHO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Marisol Chavez Camacho**

Correo electrónico institucional: **tsmarisolhc@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Trabajo Social**

Institución educativa: **Cetis no 5**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **2 de Septiembre de 2005**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Derecho**

Institución educativa: **Universidad de Insurgentes**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **10 de Abril de 2017**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Trabajo Social**

Institución educativa: **Universidad de Guadalajara**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **23 de Octubre 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: **Centro de Salud t ii Zapotitla**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Trabajadora Social en Área Médica a**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2008** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700**

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

Calle: **Cecilio Acosta**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

Colonia/Localidad: **Zapotitla**

Código postal: **13310**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Trabajadora Social**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Centro de Salud t iii dr Guillermo Román y Carrillo

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2008**

Fecha de egreso: **15 de Febrero de 2017**

Área de adscripción / Área: **Trabajo Social**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Trabajadora Social**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Centro de Salud t iii Tulyehualco

Fecha de ingreso: **16 de Febrero de 2007**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2021**

Área de adscripción / Área: **Trabajo Social**

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): **173,424.00**

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): **173,424.00**