



Declaración pública **Declaración de modificación** de **FRANCISCO JAVIER BUSTAMANTE MACIAS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Francisco Javier Bustamante Macias**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Soriana Inez de la Cruz**

Fecha: **10 de Julio de 2007**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Administración de Empresas**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **Preparatoria Regional Ecatepec**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Prof Rafael Ramirez**

Fecha: **10 de Junio de 2004**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Retorno 7 Cecilio Robelo s/n**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza**

Número exterior: **0**

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

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

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

Colonia/Localidad: **Jardín Balbuena**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Administrativo Asignado prb**

Código postal: **15900**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Octubre de 2016**

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

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Apoyo Administrativo**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública Cdmx

Fecha de ingreso: **15 de Junio de 2013**

Fecha de egreso: **15 de Julio de 2015**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud 25 de Julio**

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): **7,200.00**

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): **7,200.00**