



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MICHEL GARCIA LUNA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Michel Garcia Luna**

Correo electrónico institucional: **michelgluna@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Microscopista Electronico**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Lic. en Biología**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autonoma Metropolitana-Xochimilco**

Fecha: **12 de Abril de 2013**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Popocatepetl**

Nombre del ente público: **Sistema Para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **jud de Almacen e Inventarios**

Número exterior: **236**

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

Municipio/Alcaldía: **Benito Juárez**

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

Colonia/Localidad: **General Pedro María Anaya**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **c1 / A11-Prof. Ejec. de Serv. Esp.**

Código postal: **03340**

Especifique función principal: **Administración de Bienes**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Mayo de 2023**

Teléfono de oficina y extensión: **5556040127 - 3428**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Encargado Farmaceutico**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Farmacia Itzel

Fecha de ingreso: **8 de Enero de 2019**

Fecha de egreso: **24 de Febrero de 2023**

Área de adscripción / Área: **Control de Calidad**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Vendedor y Almacenista**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Farmacia Mayra

Fecha de ingreso: **10 de Marzo de 2017**

Fecha de egreso: **4 de Enero de 2019**

Área de adscripción / Área: **Ventas, Almacen e Inventarios**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

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

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): **243,649.00**

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): **243,649.00**