



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ARMANDO ISIDRO GARNICA GARCIA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2024**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Armando Isidro Garnica Garcia**

Correo electrónico institucional: **ag106411@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Ciencias de la Comunicación**

Institución educativa: **Enep Acatlan**

Ubicación: **México**

Estatus: **Trunco**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud Doctor Galo Soberon y Parra**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Auxiliar Administrativo**

Especifique función principal: **Otro - Auxilio Administrativo**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Febrero de 1991**

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

Calle: **eje 3 Norte Camarones**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **485**

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

Colonia/Localidad: **Sindicato Mexicano de Electricistas**

Código postal: **02060**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Oficinas de Presidencia de la Republica**

Área de adscripción / Área: **Comunicación Social**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Publicaciones**

Especifique función principal: **Otro - Empaquetar**

Fecha de ingreso: **27 de Septiembre de 1989**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 1990**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Servicio de Salud Publica de la Ciudad de Mexico**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Galo Soberon**

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

Especifique función principal: **Otro - Archivo y Contorl de Expedientes**

Fecha de ingreso: **16 de Febrero de 1991**

Fecha de egreso: **16 de Mayo de 2022**

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): **274,557.00**

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): **274,557.00**