

Declaración pública **Declaración de modificación** de **CELIA GARCIA GARCIA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Celia Garcia Garcia**

Correo electrónico institucional: **acuario732009@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Administracion de los Servicios de Enfermeria**

Institución educativa: **Hospital General de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **20 de Noviembre de 2009**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Enfermeria Quirurgica**

Institución educativa: **Hospital abc**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **24 de Noviembre de 2000**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Enfermera Tecnica**

Institución educativa: **fes Zaragoza Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **20 de Junio de 1995**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Hospital Materno Infantil Inguaran**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **670**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Diciembre de 2006**

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

Calle: **Estano**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **307**

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

Colonia/Localidad: **Felipe Ángeles**

Código postal: **15310**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

No aplica

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): **291,104.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **101,372.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **101,372.00**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL **SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO**
TIPO DE NEGOCIO **HOSPITAL**

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): **392,476.00**