Declaracion pública **Declaración de modificación** de **MARIA DE LOURDES AVILA CASTAÑON** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Maria de Lourdes Avila Castañon**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Inmunología y Alergia**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **4 de Mayo de 2000**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Pediatria**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **13 de Marzo de 2000**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **17 de Mayo de 1991**

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: **Hospital Pediátrico de Tacubaya**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Especialista a**

Especifique función principal: **Otro - Medico Especialista**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Noviembre de 1994**

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

Calle: **Arquitecto Carlos Lazo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **25**

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

Colonia/Localidad: **Tacubaya**

Código postal: **11870**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5512857100**

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): **629,062.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **703,661.00**

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): **160,400.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Médico Especialista**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **0.00**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **543,261.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Médico Especialista**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **1,332,723.00**