Declaracion pública **Declaración de modificación** de **JUAN CARLOS LOPEZ BAUTISTA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Juan Carlos Lopez Bautista**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Primaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Amiga de la Obrera #8**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **31 de Julio de 1989**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Secundaria Tecnica #24**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Junio de 1992**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Enfermería**

Institución educativa: **Conalep Neza 1**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **8 de Septiembre de 1998**

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: **Secretaria de Salud de la Cdmx**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera General Titulada a**

Especifique función principal: **Otro - Enfermero General**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 1999**

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

Calle: **Avenida 506**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

Colonia/Localidad: **san Juan de Aragón i Sección**

Código postal: **07969**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5555510003 - 044**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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 Cdmx**

Área de adscripción / Área: **Enfermera General Titulada a**

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

Especifique función principal: **Otro - Enfermero General**

Fecha de ingreso: **16 de Enero de 2015**

Fecha de egreso: **23 de Julio de 2021**

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): **420,706.00**

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): **420,706.00**