



Declaración pública **Declaración de modificación** de **DIANA ELENA GUEVARA SANCHEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Diana Elena Guevara Sanchez**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Trabajo Social**

Institución educativa: **Escuela Nacional de Trabajo Social Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **2 de Octubre de 2014**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Clinica Especializada Condesa Iztapalapa**

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

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Trabajadora Social en Área Medica**

Especifique función principal: **Otro - Trabajo Social**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Junio de 2018**

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

Calle: **Combate de Celaya**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Unidad Vicente Guerrero**

Código postal: **09200**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 7956**

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: **Servicios de Salud Pública del Distrito Federal**

Área de adscripción / Área: **Clinica Especializada Condesa Iztapalapa**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Trabajadora Social en Área Médica**

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

Fecha de ingreso: **16 de Junio de 2018**

Fecha de egreso: **30 de Mayo de 2022**

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: **Sistema Para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal**

Área de adscripción / Área: **Dirección Ejecutiva Para los Derechos de las Personas con Discapacidad**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enlace de Inclusión y Capacitación Laboral**

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

Fecha de ingreso: **3 de Junio de 2014**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 2018**

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): **136,793.00**

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): **136,793.00**