



Declaración pública **Declaración de modificación** de **OBED ISAAC LOPEZ CASTAÑEDA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2022

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Obed Isaac Lopez Castañeda**

Correo electrónico institucional: **lopezcas78@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Trafico de Mercancias y Tramitacion Aduanal.**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Escuela de Trafico y Tramitacion Aduanal "s. Lerdo de Tejada".**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Junio de 1998**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Telesecundaria 21**

Fecha: **8 de Julio de 1994**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Turquia**

Fecha: **29 de Junio de 1990**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Estano**

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

Número interior: **(Ninguno)**

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

Número exterior: **307**

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

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

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

Colonia/Localidad: **Felipe Ángeles**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **500**

Código postal: **15310**

Especifique función principal: **Otro - Camillero**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2018**

Teléfono de oficina y extensión: **57954261**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Operadora de Hospitales gtm

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

R.F.C. (Si es sector privado): **OHG160311L79**

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

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2014**

Fecha de egreso: **1 de Octubre de 2018**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Torre Medica

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

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

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2012**

Fecha de egreso: **1 de Marzo de 2014**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Sistemas Integrados de Soporte Terrestre en Mexico

Área de adscripción / Área: **Operativo**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Trabajador General**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2011**

Fecha de egreso: **1 de Abril de 2012**

Sector al que pertenece: **Transporte**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicio Medico Social

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

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

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2010**

Fecha de egreso: **1 de Enero de 2011**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Sistemas Corporativos de Personal sa de cv

Área de adscripción / Área: **Operacion**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Trabajador General**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2009**

Fecha de egreso: **1 de Diciembre de 2009**

Sector al que pertenece: **Transporte**

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): **170,002.00**

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): **170,002.00**