



Declaración pública **Declaración de modificación** de **WENDY ARACELI GARCIA ORTEGA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Wendy Araceli Garcia Ortega**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Medico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **25 de Junio de 2010**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Nutrición**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Universidad Insurgentes**

Fecha: **17 de Octubre de 2021**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Legislativo**

Calle: **av. 16 de Septiembre**

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

Número interior: **0**

Área de adscripción: **Sector Salud**

Número exterior: **0**

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

Municipio/Alcaldía: **Xochimilco**

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

Colonia/Localidad: **Barrio Xaltocan**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General**

Código postal: **16090**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 2013** Teléfono de oficina y extensión: **5556764993 - 5556**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Imss**

Fecha de ingreso: **30 de Abril de 2020**

Área de adscripción / Área: **Sector Salud**

Fecha de egreso: **31 de Marzo de 2022**

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): **158,000.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **155,000.00**

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): **155,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Sueldo del IMSS Anual**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **313,000.00**