



Declaración pública **Declaración de modificación** de **CARLOS FERNANDO OLGUIN DIAZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Carlos Fernando Olguin Diaz**

Correo electrónico institucional: **jcarlosoo2012@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Bachillerato Tecnológico en Laboratorista Clínico**

Institución educativa: **Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicios 10**

Estatus: **Cursando**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Bachillerato Tecnológico en Laboratorista Clínico**

Institución educativa: **Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicios 10**

Estatus: **Cursando**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Bachillerato Tecnológico en Laboratorista Clínico**

Institución educativa: **Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicios 10**

Estatus: **Cursando**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

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

Ambito público: **Legislativo**

Calle: **Norte 82 b**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Centro de Salud Gertrudis Sanchez**

Número exterior: **5206**

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

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

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

Colonia/Localidad: **Gertrudis Sánchez 2a Sección**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Apoyo Administrativo Salud a3**

Código postal: **07839**

Especifique función principal: **Otro - Vigilante**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 1998** Teléfono de oficina y extensión: **5563135501 - 000**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Administrativo en Salud a 3**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Administrativo**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2009**

Fecha de egreso: **30 de Noviembre de 2021**

Área de adscripción / Área: **Hospital Regional 1 de Octubre del Issste**

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): **198,451.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **202,480.00**

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): **202,480.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **ADMINISTRATIVO**

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): **400,931.00**