



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ERIKA CHAVEZ HERNANDEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México en 2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Erika Chavez Hernandez**

Correo electrónico institucional: **eri060284@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Justo Sierra**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **29 de Mayo de 2015**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Mercadotecnia**

Institución educativa: **Escuela Bancaria y Comercial**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **19 de Junio de 2005**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatat**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Medica**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Enero de 2017**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Oriente 170**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **154**

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

Colonia/Localidad: **Venustiano Carranza**

Código postal: **15340**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **55758369**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Responsable Sanitario**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Prixz sa de cv**

Fecha de ingreso: **21 de Junio de 2018**

Fecha de egreso: **11 de Noviembre de 2019**

Área de adscripción / Área: **Farmacia**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Instituto Mexicano de Telemarketing**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2006**

Fecha de egreso: **1 de Junio de 2007**

Área de adscripción / Área: **Mercadotecnia**

Sector al que pertenece: **Servicios Profesionales**

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

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): **365,162.00**

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): **365,162.00**