



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA TERESA CHAVEZ RIVERA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Maria Teresa Chavez Rivera**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Derecho**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **Universidad Tecnológica de México**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Instituto Etac de Estudios Superiores**

Fecha: **3 de Septiembre de 1991**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Nueva Escuela Justo Sierra**

Fecha: **30 de Junio de 1998**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Instituto Washington**

Fecha: **30 de Junio de 1985**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Gustavo Jimenez Esq. Victor Hernandez Covarrubias**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital Materno Infantil dr. Nicolas m. Cedillo**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

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

Colonia/Localidad: **san Juan Tlihuaca**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **129**

Código postal: **02400**

Especifique función principal: **Otro - Administrativa**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Abril de 2016** Teléfono de oficina y extensión: **53940565**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Pasante de Dercho**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Kuri
Consorcio de Abogados**

Fecha de ingreso: **20 de Mayo de 1994**

Fecha de egreso: **18 de Diciembre de 1998**

Área de adscripción / Área: **Jurídica**

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): **136,549.00**

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): **136,549.00**