



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LETICIA GARRIDO GALAVIZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Leticia Garrido Galaviz**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Tecnico Laboratorista Clínico**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios No.6**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **13 de Febrero de 2009**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Judicial**

Calle: **Moctezuma**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital Pediátrico Coyoacán**

Número exterior: **18**

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

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

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

Colonia/Localidad: **del Carmen**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Laboratorista Clínico**

Código postal: **04100**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2016**

Teléfono de oficina y extensión: **5555542860**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Laboratorista Clínico**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Laboratorio de la Torre Médica s.a de c.v**

Fecha de ingreso: **9 de Octubre de 2000**

Fecha de egreso: **8 de Diciembre de 2000**

Área de adscripción / Área: **Laboratorio**

Sector al que pertenece: **Otro - Sector de la 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: **Laboratorista Clínico**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Estudios Clínicos dr. T.J.Oriard**

Fecha de ingreso: **10 de Mayo de 2002**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2012**

Área de adscripción / Área: **Laboratorio**

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

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): **246,095.00**

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): **246,095.00**