



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LAURA OLIVIA CHAVEZ GARCIA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Laura Olivia Chavez Garcia**

Correo electrónico institucional: **hpiiztacalco@yahoo.com.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura Como Medico Cirujano**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **13 de Noviembre de 1991**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Pediatria Medica**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **14 de Septiembre de 2000**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital Pediátrico Iztacalco**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Especialista c**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Febrero de 1999**

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

Calle: **Coyuya y Terraplen de rio Frio**

Número interior: **s/n**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Iztacalco**

Colonia/Localidad: **la Cruz**

Código postal: **08310**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5556502406 - 112**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaria de Salud

Área de adscripción / Área: **Hospital Pediatrico Iztacalco/Neonatologia**

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

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

Fecha de ingreso: **15 de Noviembre de 1995**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2021**

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): **637,293.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **51,423.00**

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): **51,423.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Profesor de la asignatura B UNAM**

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): **688,716.00**