



Declaración pública **Declaración de modificación** de **María Teresa Jiménez Chávez** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Tláhuac** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **María Teresa Jiménez Chávez**

Correo electrónico institucional: **terejim17@live.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Enfermería General**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Unam**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **31 de Octubre de 1984**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Curso Postecnico de Enfermería Pediátrica**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Unam**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **21 de Noviembre de 1997**

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: **Calz. Tlahuac Chalco**

Nombre del ente público: **Alcaldía Tláhuac**

Número interior: **s/n**

Área de adscripción: **Hospital Materno Infantil Tlahuac**

Número exterior: **231**

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

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

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

Colonia/Localidad: **la Habana**

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

Código postal: **13050**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 1993** Teléfono de oficina y extensión: **5558423629 - 001**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera General**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital General Manuel gea Gonzalez

Fecha de ingreso: **18 de Julio de 1985**

Fecha de egreso: **29 de Agosto de 1993**

Área de adscripción / Área: **Operativo**

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): **313,739.00**

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): **313,739.00**