



Declaración pública **Declaración de modificación** de **DIóGENES ALVAREZ CASTRO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Diogenes Alvarez Castro**

Correo electrónico institucional: **diouci0@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Administracion de los Servicios de Enfermeria**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A.C.**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **21 de Octubre de 2019**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermeria**

Institución educativa: **Universidad Autonoma del Estado de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **6 de Febrero de 2018**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital de Especialidades dr Belisario Dominguez**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **670**

Especifique función principal: **Otro - Brindar Cuidados de Enfermeria al Paciente en Estado Crítico Para el Reestablecimiento de su Salud.**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Marzo de 2005**

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: **Instituto de Salud del Estado de Mexico**

Área de adscripción / Área: **Hospital General Chimalhuacan**

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

Calle: **av. Tlahuac**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **4866**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **san Lorenzo Tezonco**

Código postal: **09790**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **58500000 - 1232**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermero Especialista a**

Especifique función principal: **Otro - Brindar Cuidados de Enfermeria al Paciente en Estado Crítico Para su Pronta Recuperacion de su Salud.**

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2016**

Fecha de egreso: **27 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): **329,378.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **296,735.00**

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): **296,735.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **servicio de enfermería especialista**

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): **626,113.00**