



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ROMY TAVERA GASPAR** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Romy Tavera Gaspar**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería y Obstetricia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **10 de Febrero de 2009**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Carrera Técnica en Informática y Bachillerato General**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Colegiado de Bachilleres 13 Xochimilco-Tepepan**

Fecha: **1 de Julio de 2000**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Nivel Básico**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Secundaria Diurna 224 Huetzalin**

Fecha: **1 de Julio de 1997**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Nivel Básico**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Primaria Daniel Ramírez Pérez**

Fecha: **11 de Julio de 1997**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **av. Santa Cruz**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital General Topilejo**

Número exterior: **1**

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

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

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

Colonia/Localidad: **san Miguel Topilejo**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera General**

Código postal: **14500**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 2011**

Teléfono de oficina y extensión: **5558480870**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Medica sur

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2010**

Fecha de egreso: **31 de Julio de 2011**

Área de adscripción / Área: **Area de Quirofano de Ginecologia**

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): **193,572.00**

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): **193,572.00**