Declaracion pública **Declaración de modificación** de **MARIA GUADALUPE OLGUIN GARCIA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Maria Guadalupe Olguin Garcia**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Doctorado**

Carrera: **Ciencias de la Salud**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Cursando**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Ciencias Médicas**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **7 de Agosto de 2014**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Dermatopatología**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **25 de Julio de 2013**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Dermatología**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **15 de Diciembre de 2005**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina Interna**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **2 de Mayo de 2002**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médica-Cirujana**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **25 de Enero de 1996**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Centro Dermatológico dr Ladislao de la Pascua**

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

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

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

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

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

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

Calle: **dr Jose Maria Vertiz**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **464**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Buenos Aires**

Código postal: **06780**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **55384314**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

No aplica

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): **588,430.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **790,858.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **8,500.00**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL **María Guadalupe Olguín García**
TIPO DE NEGOCIO **Consultorio Médico**

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **782,358.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Servicio Médico Medicina Interna y Docencia**

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): **1,379,288.00**