



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ITZEL LAZCANO ROMANO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Itzel Lazcano Romano**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina Interna**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Febrero de 2015**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Febrero de 2010**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital General Tláhuac Dra. Matilde Montoya Lafragua**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Médico Especialista en el Área de Medicina Interna**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Mayo de 2020**

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

Calle: **av. la Turba**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **655**

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

Colonia/Localidad: **Villa Centro Americana**

Código postal: **13278**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5558501011 - 76239**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Internista**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Fundación Clínica Médica sur

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2014**

Fecha de egreso: **31 de Marzo de 2020**

Área de adscripción / Área: **Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Medicina Interna**

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

Fecha de ingreso: **16 de Junio de 2015**

Fecha de egreso: **15 de Marzo de 2017**

Área de adscripción / Área: **Área Médica**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Pepmae**

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

Fecha de ingreso: **16 de Junio de 2017**

Fecha de egreso: **26 de Mayo de 2021**

Área de adscripción / Área: **Dirección Médica**

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): **442,094.00**

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): **442,094.00**