

Declaración pública **Declaración de modificación** de **IRVING ALAN HUERTA VIEYRA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Irving Alan Huerta Vieyra**

Correo electrónico institucional: **irvingalan2000@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Medicina**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **uam Xochimilco**

Fecha: **15 de Mayo de 2019**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Administracion de Hospitales y Salud Publica**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **lesap**

Fecha: **7 de Marzo de 2022**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **av. el Rosario**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Area de la Salud**

Número exterior: **34**

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

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

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

Colonia/Localidad: **san Martín Xochinahuac**

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

Código postal: **02120**

Especifique función principal: **Otro - Medico**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Marzo de 2017** Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 6116**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Medico**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2022**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2022**

Área de adscripción / Área: **Centro de dr. Manuel Martinez Baez**

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): **533,460.00**

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): **533,460.00**