



Declaración pública **Declaración de modificación** de **TANIA IVETH CHAVEZ JIMENEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Tania Iveth Chavez Jimenez**

Correo electrónico institucional: **TANISCHAVEZ745@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermería**

Institución educativa: **Universidad Etac Chalco**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **14 de Enero de 2021**

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 General Iztapalapa**

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

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

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

Especifique función principal: **Otro - Servicios de Salud**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **17 de Mayo de 2021**

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

Calle: **Reforma Aeronautica**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **3018**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Reforma Política**

Código postal: **09730**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5551321200**

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:
Unidad Temporal Covid-19

Área de adscripción / Área: **Unidad Temporal Covid-19**

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

Especifique función principal: **Otro - Servicios de Salud**

Fecha de ingreso: **6 de Diciembre de 2020**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca

Área de adscripción / Área: **Hrae Ixtapaluca**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar de Enfermería a**

Especifique función principal: **Otro - Servicios de Salud**

Fecha de ingreso: **16 de Julio de 2020**

Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 2020**

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): **239,797.00**

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): **239,797.00**