



Declaración pública **Declaración inicial** de **GEORGE WILLIAMS CHALE POOL** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación** en **2024**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **George Williams Chale Pool**

Correo electrónico institucional: **george.chale@outlook.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Salud Pública con Área de Concentración en Administración en Salud**

Institución educativa: **Instituto Nacional de Salud Pública**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **18 de Enero de 2024**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Institución educativa: **Universidad Autónoma de Yucatán**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Septiembre de 2018**

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación**

Área de adscripción: **Universidad de la Salud**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Técnico Operativo**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Febrero de 2024**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Secretaría de Salud de la Cdmx**

Área de adscripción / Área: **Unidad Temporal Covid Citibanamex**

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

Calle: **Vasco de Quiroga**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **1345**

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

Colonia/Localidad: **Santa fe**

Código postal: **01210**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5541401955**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermero Titulado**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **12 de Enero de 2020**

Fecha de egreso: **15 de Julio de 2020**

Lugar donde se ubica: **México**

---

### Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)  
(Cantidades netas después de impuestos): **14,000.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **14,000.00**

**¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?**

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**