

Declaración pública **Declaración de modificación** de **YANIRA AIMEE GAVIDIA CARRANZA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2024

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Yanira Aimee Gavidia Carranza**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Doctorado en Medicina**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Evangélica de el Salvador**

Fecha: **29 de Marzo de 2014**

Ubicación: **Extranjero**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Pediatría**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **16 de Enero de 2020**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Cardiología Pediátrica**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **17 de Marzo de 2022**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Avenida 506**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Secretaría de Salud Cdmx, Hospital Pediátrico san Juan de Aragón**

Número exterior: **sn**

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

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

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

Colonia/Localidad: **san Juan de Aragón i Sección**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **1080**

Código postal: **07969**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **2 de Mayo de 2022**

Teléfono de oficina y extensión: **5587166288**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios Administrativos sm Anahuac sa de cv

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2017**

Fecha de egreso: **29 de Febrero de 2020**

Área de adscripción / Área: **Salud**

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

R.F.C. (Si es sector privado): **SAS090611EW4**

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): **279,761.00**

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): **279,761.00**