



Declaración pública **Declaración de modificación** de **NAYELY LUVIANO LECHUGA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Nayely Luviano Lechuga**

Correo electrónico institucional: **enfermera.naye@gamil.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Enfermera General**

Institución educativa: **Intituto Tecnologico Roosevelt**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Febrero de 2016**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **c.s Tiii Manuel Gonzalez Rivera**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Apoyo Administrativo Atencion Medica**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Agosto de 2022**

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

Calle: **Plan de san Luis**

Número interior: **sn**

Número exterior: **sn**

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

Colonia/Localidad: **Santo Tomas**

Código postal: **11340**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7345**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2021**

Fecha de egreso: **14 de Mayo de 2021**

Área de adscripción / Área: **Medica**

Sector al que pertenece: **Otro - Industria Alimentaria**

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: **Enfermera**

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Publica de la Cdmx

Fecha de ingreso: **14 de Marzo de 2022**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2022**

Área de adscripción / Área: **Medica**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Intituto Mexicano del Seguro Social

Fecha de ingreso: **2 de Noviembre de 2020**

Fecha de egreso: **30 de Noviembre de 2020**

Área de adscripción / Área: **umf 5**

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): **74,612.00**

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): **74,612.00**