Declaracion pública **Declaración de modificación** de **ITZEL GARCIA LOPEZ** 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): **Itzel Garcia Lopez**

Correo electrónico institucional: **itzelgarcia16@outlook.es**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **19 de Abril de 2018**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestria en Administración de Hospitalaria y Salud Pública**

Institución educativa: **Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **5 de Diciembre de 2023**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **C.S.Tiii san Miguel Teotongo**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Medico General a**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2020**

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

Calle: **Genaro Vazquez**

Número interior: **sn**

Número exterior: **sn**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **san Miguel Teotongo Sección la Cruz**

Código postal: **09630**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5513354215 - 000**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Fundacion Mexicana Para la Planicifacion Familiar "Mexfam"**

Área de adscripción / Área: **Area Medica**

R.F.C. (Si es sector privado): **FMP840215LJ3**

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

Fecha de ingreso: **23 de Agosto de 2018**

Fecha de egreso: **30 de Mayo de 2020**

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

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): **535,645.00**

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): **535,645.00**