



Declaración pública **Declaración de modificación** de **SILVIA MARIOLA CHAVEZ CRUZ** 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): **Silvia Mariola Chavez Cruz**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciada en Enfermería**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **6 de Mayo de 2010**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestria en Administración de Capital Humano**

Institución educativa: **Cnci**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **18 de Septiembre de 2021**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Posgrado en Enfermería Quirúrgica**

Institución educativa: **Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores en Ciencias de la Salud**

Ubicación: **México**

Estatus: **Cursando**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital de Especialidades dr. Belisario Dominguez**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **551**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Agosto de 2010**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **av. Tlahuac Esq. Zacatlan**

Número interior: **4866**

Número exterior: **4866**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **san Lorenzo Tezonco**

Código postal: **09790**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5558500000 - 1303**

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

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

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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

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

Fecha de ingreso: **5 de Junio de 2000**

Fecha de egreso: **29 de Octubre de 2006**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital General de Texcoco "Guadalupe Victoria" Bicentenario Isem

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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

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

Fecha de ingreso: **3 de Mayo de 2010**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2013**

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): **271,205.00**

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): **271,205.00**