

Declaración pública **Declaración de modificación** de **CARLOS ALBERTO GALVAN DURAN** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Milpa Alta** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Carlos Alberto Galvan Duran**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Ingeniería Química Industrial**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

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

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **av. Matamoros y Ninos Heroes**

Nombre del ente público: **Alcaldía Milpa Alta**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **j. u. d. de Salud**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Milpa Alta**

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

Colonia/Localidad: **san Agustin Ohtenco**

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

Código postal: **12080**

Especifique función principal: **Otro - Auxiliar Administrativo**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **5558440034**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Técnico Laboratorista Clínico**

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

Fecha de ingreso: **13 de Febrero de 2012**

Fecha de egreso: **16 de Noviembre de 2015**

Área de adscripción / Área: **Laboratorio**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Técnico Laboratorista Clínico**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Sistemas de Salud del dr. Simi

Fecha de ingreso: **28 de Mayo de 2019**

Fecha de egreso: **30 de Mayo de 2019**

Área de adscripción / Área: **Laboratorio**

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

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

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): **101,578.00**

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): **101,578.00**