



Declaración pública **Declaración de modificación** de **OSCAR IVAN HERNANDEZ GONZALEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Oscar Ivan Hernandez Gonzalez**

Correo electrónico institucional: **oscar-619@live.com.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Universidad Autónoma de la Ciudad de México**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Bachillerato**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Oriente**

Fecha: **20 de Mayo de 2010**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Escuela Secundaria 36 "Cuahutemoc"**

Fecha: **14 de Junio de 2006**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **rey Tizoc**

Fecha: **13 de Junio de 2003**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Calle Trigo Colonia Granjas Esmeralda**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **c/n**

Área de adscripción: **Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa**

Número exterior: **129**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **Granjas Esmeralda**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Promotor de la Salud**

Código postal: **09810**

Especifique función principal: **Otro - Promotor de la Salud**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Mayo de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Promotor de la Salud**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Promotor de la Salud**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2020**

Fecha de egreso: **29 de Diciembre de 2020**

Área de adscripción / Área: **Juridiccion Sanitaria de Iztapalapa**

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): **60,786.00**

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): **60,786.00**