



Declaración pública **Declaración de modificación** de **XOCHIQUETZAL PEREZ SUAREZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México** en **2025**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Xochiquetzal Perez Suarez**

Correo electrónico institucional: **xpsa226@hotmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Area Salud Publica**

Institución educativa: **Instituto de Estudios Superiores de Administracion Publica**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **3 de Abril de 2019**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Agosto de 2011**

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Servicios de Salud**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Supervisor Medico**

Especifique función principal: **Otro - Supervision de Actividades en Area Hospitalaria**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **27 de Febrero de 2011**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Hospital Gustavo Guerrero**

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

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

Calle: **Alvaro Obregon**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **139**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Roma Norte**

Código postal: **06700**

Entidad federativa: **None**

Teléfono de oficina y extensión: **5555114000 - 102**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Atencion Medica**

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2010**

Fecha de egreso: **25 de Febrero de 2011**

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): **90,090.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **618,391.00**

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): **618,391.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **SUELDOS Y SALARIOS**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **708,481.00**