

Declaración pública **Declaración de modificación** de **EVELYN CASTILLO ARELLANO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2025

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Evelyn Castillo Arellano**

Correo electrónico institucional: **oserjo55@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Bachillerato**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **1 de Agosto de 1999**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Paramédico**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Cruz Roja**

Fecha: **18 de Abril de 2018**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Stand de Tiro**

Nombre del ente público: **Secretaría de Salud**

Número interior: **1**

Área de adscripción: **Centro Regulador de Urgencias Médicas**

Número exterior: **sn**

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

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

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

Colonia/Localidad: **Aeronáutica Militar**

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

Código postal: **15970**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 2023** Teléfono de oficina y extensión: **5555536737 - 101**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Paramédico**

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

Xtreme Consulting de Mexico

Fecha de ingreso: **11 de Julio de 2022**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2025**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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

R.F.C. (Si es sector privado): **XCM060406BEA**

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): **12,266.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **8,643.00**

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): **8,643.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **servicio profesional**

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): **20,909.00**