

Declaración pública **Declaración de modificación** de **CRISTINA VELAZQUEZ MIRON** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2025

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Cristina Velazquez Miron**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Diseño Gráfico**

Institución educativa: **Univer**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **23 de Noviembre de 2017**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **(NINGUNO)**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **15 de Agosto de 1997**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud tii Lomas de Padierna**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Pta036**

Especifique función principal: **Otro - Capturista**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Agosto de 2013**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Izamal**

Número interior: **It 16**

Número exterior: **mz 134**

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

Colonia/Localidad: **Lomas de Padierna**

Código postal: **14240**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 4311**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud tii Cultura Maya**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Administrativo Capturista**

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

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2013**

Fecha de egreso: **4 de Mayo de 2023**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Cultura Maya**

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2013**

Fecha de egreso: **1 de Enero de 2016**

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): **105,854.00**

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): **105,854.00**