Declaracion pública **Declaración inicial** de **MARA PATRICIA LUNA JIMENEZ** 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): **Mara Patricia Luna Jimenez**

Correo electrónico institucional: **mplj230393@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermeria**

Institución educativa: **Universidad Tecnológica de Mexico Campus Atizapán**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Marzo de 2019**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Centro de Salud Lago Cardiel**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Auxiliar de Enfermeria Tipo a**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 2020**

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

Calle: **Lago Cardiel**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **61**

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

Colonia/Localidad: **Argentina Antigua**

Código postal: **11270**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7364**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Enfermeria**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar de Enfermeria**

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

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2020**

Fecha de egreso: **30 de Mayo de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Área de adscripción / Área: **Enfermeria**

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

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

Fecha de ingreso: **5 de Marzo de 2019**

Fecha de egreso: **22 de Agosto de 2020**

Sector al que pertenece: **Servicios Profesionales**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **1,012,888.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **1,012,888.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**