

Declaración pública **Declaración de modificación** de **CAROLINA DIEGO QUITERIO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en 2025

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Carolina Diego Quiterio**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermería**

Institución educativa: **Universidad Autonoma del Estado de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **28 de Agosto de 2019**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Enfermería**

Institución educativa: **Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicios no. 57 "Ignacio Allende".**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **5 de Julio de 2013**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Jurisdiccion Sanitaria Coyoacan**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Operativo Experto en Salud b. (Enfermera)**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Noviembre de 2023**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Instituto de Salud Para el Bienestar**

Área de adscripción / Área: **Clinica Geriatrica Coyoacan**

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

Calle: **Candelaria Perez**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sin Nmero**

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

Colonia/Localidad: **Culhuacán ctm Sección VIII**

Código postal: **04909**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5556560422**

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **16 de Septiembre de 2020**

Fecha de egreso: **8 de Marzo de 2023**

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): **158,184.00**

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): **158,184.00**