



Declaración pública **Declaración de modificación** de **PAOLA TERAN ROSAS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Inclusión y Bienestar Social** en 2025

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Paola Teran Rosas**

Correo electrónico institucional: **paolateran6@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Cirujano Dentista**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **16 de Septiembre de 2016**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Análisis Clínicos**

Institución educativa: **cch Oriente**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **20 de Junio de 2007**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Inclusión y Bienestar Social**

Área de adscripción: **Secretaría de Inclusión y Bienestar Social**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **159**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Diciembre de 2017**

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

Calle: **Cometa**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

Colonia/Localidad: **Tepetates**

Código postal: **07010**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5555530305**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Área de adscripción / Área: **Salud**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Asistente Dental**

Fecha de ingreso: **25 de Agosto de 2011**

Fecha de egreso: **27 de Octubre de 2018**

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): **140,699.00**

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): **140,699.00**