



Declaración pública **Declaración inicial** de **KARLA PAULINA ARCINIEGA NIEVES** 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): **Karla Paulina Arciniega Nieves**

Correo electrónico institucional: **kaarni\_1388@hotmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medica Cirujana**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **18 de Octubre de 2012**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Nte. 72a**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **c.s T-III dr. Gabriel Garzon Cossa**

Número exterior: **3541**

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

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

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

Colonia/Localidad: **la Joya**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General a Eventual**

Código postal: **07890**

Especifique función principal: **Otro - Servicios de Salud Publica**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **555517730**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Gral. de Sucursal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Reclutamiento y Seleccion Imp s.a de c.v**

Fecha de ingreso: **18 de Noviembre de 2019**

Área de adscripción / Área: **Laboratorio Medico Polanco Sucursal Saelite/Polanco**

Fecha de egreso: **13 de Marzo de 2020**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Industrial**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Compañía Hulera Tornel s.a de c.v**

Fecha de ingreso: **3 de Mayo de 2012**

Área de adscripción / Área: **Empresas Tornel**

Fecha de egreso: **11 de Mayo de 2013**

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

Sector al que pertenece: **Industria Manufacturera**

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): **17,177.00**

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): **17,177.00**

**¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?**

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