



Declaración pública **Declaración de modificación** de **BERENICE HERNANDEZ GALVAN** 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): **Berenice Hernandez Galvan**

Correo electrónico institucional: **capa.carmen.serdan@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Psicología Social**

Institución educativa: **Tecnologico Iberoamericano Aragon**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **23 de Septiembre de 2013**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud Tiii Carmen Serdan**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Psicologa Clinica**

Especifique función principal: **Otro - Psicologo Clínico**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Noviembre de 2018**

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

Calle: **Soledad Solorzano**

Número interior: **s/n**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

Colonia/Localidad: **Carmen Serdán**

Código postal: **04910**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **56089271**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Xocongo 265**

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

Especifique función principal: **Otro - Promotora**

Fecha de ingreso: **17 de Julio de 2013**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2016**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Servicios de Salud Pública del Distrito Federal**

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Gustavo a. Madero**

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

Especifique función principal: **Otro - Promotora**

Fecha de ingreso: **17 de Julio de 2017**

Fecha de egreso: **31 de Octubre de 2018**

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): **259,333.00**

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): **259,333.00**