



Declaración pública **Declaración de modificación** de **CINTHIA MINERVA MONTES ACUÑA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Cinthia Minerva Montes Acuña**

Correo electrónico institucional: **chuchis.frijoles@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Químico Farmacéutico Biólogo**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Cuautitlan Campo uno** Estatus: **Trunco**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Técnico en Análisis Clínicos**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México, Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Vallejo** Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **12 de Julio de 2004**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco** Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **12 de Julio de 2005**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Cecilio Robelo y sur 111**

Nombre del ente público: **Secretaría de Salud**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Farmacia**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

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

Colonia/Localidad: **Aeronáutica Militar**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **580**

Código postal: **15970**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 2010** Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Despachador de Farmacia**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

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

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2010**

Fecha de egreso: **25 de Mayo de 2023**

Área de adscripción / Área: **Hospital General Balbuena**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Procesamiento de Muestras**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Orthin Referencia Especializada

Fecha de ingreso: **6 de Febrero de 2006**

Fecha de egreso: **26 de Septiembre de 2011**

Área de adscripción / Área: **Laboratorio**

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

R.F.C. (Si es sector privado): **ORE051219AX3**

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): **180,872.00**

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): **180,872.00**