

Declaración pública **Declaración de modificación** de **FILIBERTA SALDAÑA HERNANDEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Inclusión y Bienestar Social** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Filiberta Saldaña Hernandez**

Correo electrónico institucional: **cleo_fili@yahoo.com.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Trabajo Social**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Grupo Universitario Bata**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Fernando de Alva Ixtlixochitl**

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

Número interior: **7**

Área de adscripción: **Ined**

Número exterior: **185**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Tránsito**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **189**

Código postal: **06820**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2007** Teléfono de oficina y extensión: **5589573403 - 000**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Profesional de Servs. Adultos Mayores "a"**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 1998**

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Coyoacan**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2007**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto del Deporte del Distrito Federal

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2000**

Área de adscripción / Área: **Magdalena Mixuca**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2000**

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): **16,361,677.00**

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): **16,361,677.00**