



Declaración pública **Declaración de modificación** de **PERLA XOCHITL CASIMIRO VICTORIA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Perla Xochitl Casimiro Victoria**

Correo electrónico institucional: **pcasimiro@sersalud.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medica Cirujana**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **17 de Marzo de 2005**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Educacion Media**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **30 de Junio de 2006**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Educacion Secundaria**

Institución educativa: **sep**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Julio de 1993**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud t iiii Mixcoac**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2016**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Rembrandt**

Número interior: **Nonoalco Mixcoac**

Número exterior: **32**

Municipio/Alcaldía: **Benito Juárez**

Colonia/Localidad: **Mixcoac**

Código postal: **03910**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6211**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto de Atención Adulto Mayor

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2008**

Fecha de egreso: **31 de Julio de 2012**

Área de adscripción / Área: **Secretaria de Desarrollo Social Cdmx**

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): **377,172.00**

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): **377,172.00**