



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA DE LOURDES MERCHAN SILVA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **María de Lourdes Merchan Silva**

Correo electrónico institucional: **nachrem1264@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Tecnico Laboratorista Clinico**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Centro de Estudios Tecnologicos Industrial y de Servicios no. 57**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **9 de Septiembre de 2013**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Avenida Montevideo**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Cstiii Doctor Rafael Ramirez Suarez**

Número exterior: **555**

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

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

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

Colonia/Localidad: **san Bartolo Atepehuacan**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **M0200 3- Tecnico Laboratorista "a"**

Código postal: **07730**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Septiembre de 1990**

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar de Enfermeria**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Hospital Durango**

Fecha de ingreso: **6 de Febrero de 1984**

Fecha de egreso: **15 de Agosto de 1985**

Área de adscripción / Área: **Enfermeria**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Servicio Voluntario Auxiliar Laboratorista**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Cstiii Palmatitla**

Fecha de ingreso: **21 de Marzo de 1986**

Fecha de egreso: **7 de Febrero de 1989**

Área de adscripción / Área: **Laboratorio Clinico**

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): **282,689.00**

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): **282,689.00**