



Declaración pública **Declaración de conclusión** de **CECILIA BELEN ESPINOSA ARCE** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Cecilia Belen Espinosa Arce**

Correo electrónico institucional: **ceci.ea@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad Panamericana**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **17 de Agosto de 2011**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **24 de Noviembre de 2016**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Gestion Hospitalaria y de Instituciones de Salud**

Institución educativa: **Universidad del Valle de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Cursando**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **35**

Especifique función principal: **Otro - Médico**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **4 de Noviembre de 2021**

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

Calle: **Campo Matillas**

Número interior: **0**

Número exterior: **52**

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

Colonia/Localidad: **Industrial san Antonio**

Código postal: **02760**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5555611433 - 52116**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Cecilia Belen Espinosa Arce

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2018**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2022**

Área de adscripción / Área: **Médico**

Sector al que pertenece: **Servicios Profesionales**

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

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante, pareja y/o dependientes económicos

I - Remuneración neta del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **20,594.00**

II - Otros ingresos del declarante (Suma del II.1 al II.5): **88,000.00**

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): **80,000.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Médico**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **0.00**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **8,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Renta**

A. Ingreso del declarante del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión (suma del numeral I y II): **108,594.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**