



Declaración pública **Declaración de modificación** de **NANCY ESTELA GALINDO GONZALEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Nancy Estela Galindo Gonzalez**

Correo electrónico institucional: **nancygal83@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Bachillerato**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Preparatoria Oficial Número 16**

Fecha: **6 de Julio de 2001**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Secundaria**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Mexicayotl**

Fecha: **6 de Julio de 1998**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Primaria**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Hermenegildo Galeana**

Fecha: **6 de Julio de 1995**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Trigo**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa**

Número exterior: **129**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **Granjas Esmeralda**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Experto Administrativo en Salud c**

Código postal: **09810**

Especifique función principal: **Otro - Capturista**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Experto Administrativo en Salud a**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Afiliar**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Seguro Popular

Fecha de ingreso: **11 de Octubre de 2013**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2019**

Área de adscripción / Área: **Administrativa**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Capacitación**

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

Fecha de ingreso: **10 de Marzo de 2003**

Fecha de egreso: **6 de Julio de 2012**

Área de adscripción / Área: **Administrativa**

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): **111,271.00**

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): **111,271.00**