



Declaración pública **Declaración de modificación** de **NORMA PATRICIA HURTADO PIÑA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2022**

---

## **I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL**

### **Datos generales del declarante**

Nombre(s): **Norma Patricia Hurtado Piña**

Correo electrónico institucional: **patriciahurtado\_13@hotmail.com**

### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Maestría en Alta Dirección**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Cpem**

Fecha: **22 de Marzo de 2017**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina Familiar**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **7 de Noviembre de 2013**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **ipn**

Fecha: **10 de Mayo de 2006**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Análisis Químico Ciencias de la Salud**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Colegio de Bachilleres**

Fecha: **14 de Julio de 1995**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Taquimecanografía**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Diurna no. 2 Ana María Berlanga**

Fecha: **20 de Octubre de 1991**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Primaria**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Escuela Primaria Augusto Cesar Sandino**

Fecha: **25 de Junio de 1985**

Ubicación: **México**

---

### **Datos del empleo, cargo o comisión**

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Sauces**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **cs ti Tlalpexco**

Número exterior: **sn**

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

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

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

Colonia/Localidad: **Cuautepec Barrio Alto**

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

Código postal: **07100**

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

Entidad federativa: **None**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 2020**

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

#### **Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

No aplica

#### **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): **55,250.00**

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): **55,250.00**