



Declaración pública **Declaración de modificación** de **AMELIA MARIN CORDOVA** 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): **Amelia Marin Cordova**

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

##### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Salud Pública**

Institución educativa: **Icest**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **22 de Octubre de 2019**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Institución educativa: **uam Xochimilco**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Diciembre de 2009**

---

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud Manuel Pesqueira**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera Especialista c**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **30 de Mayo de 2022**

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

No aplica

##### **Ingresos netos del declarante**

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

Calle: **Oriente 245 Esq. sur 16**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Iztacalco**

Colonia/Localidad: **Agrícola Oriental**

Código postal: **08500**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 4767**

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): **640,156.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **33,900.00**

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): **33,900.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Pensión alimenticia**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **674,056.00**