



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA DEL CARMEN GARCIA ANALCO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2022

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Maria del Carmen Garcia Analco**

Correo electrónico institucional: **merryganalco@yahoo.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Maestria en Tanatologia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Mexicano de Psicooncología**

Fecha: **30 de Junio de 2014**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Especialidad en Salud Publica**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias de Estudios Superiores de Tamaulipas A.C.**

Fecha: **6 de Julio de 2015**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Cirujano Dentista**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autonoma Metropolitana**

Fecha: **10 de Marzo de 2006**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciado en Enfermeria**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autonoma Metropolitana**

Fecha: **26 de Noviembre de 1999**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **C.S. Tiii dr. Manuel Marquez Escobedo**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **M02107 - Enfermera Especialista c**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Junio de 2006**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Publica de la Ciudad de Mexico

Área de adscripción / Área: **C.S. dr. Eduardo Jenner**

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

Calle: **Joaquin Pardave**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **10**

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

Colonia/Localidad: **Hogar y Redención**

Código postal: **01450**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5556436615 - 6065**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **M02107 - Enfermera General**

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

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 1997**

Fecha de egreso: **15 de Junio de 2006**

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): **295,857.00**

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): **295,857.00**