

Declaración pública **Declaración de modificación** de **GRACIELA ARELLANO BECERRIL** 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): **Graciela Arellano Becerril**

Correo electrónico institucional: **iev2_2007530020@yahoo.com.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Salud Pública**

Estatus: **Finalizado**

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

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **22 de Octubre de 2019**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **11 de Diciembre de 2013**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Guillermo Prieto**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Enfermería**

Número exterior: **73**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztacalco**

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

Colonia/Localidad: **Campamento 2 de Octubre**

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

Código postal: **08930**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Junio de 2018**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6722**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Fecha de ingreso: **16 de Diciembre de 2014**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Fecha de egreso: **15 de Agosto de 2016**

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): **21,642.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **2,000.00**

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): **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): **2,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Transportes privado**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **23,642.00**