



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LESLIE EDITH MARIN HERNANDEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Seguridad Ciudadana** en **2022**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Lesli Edith Marin Hernandez**

Correo electrónico institucional: **hleslie698@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Ciencias de la Salud**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Federación Latinoamericana de Capacitación y Entrenamiento d Saljud Ocupacional, Atencion Prehospitalaria, Rescate, Matpel, Urgncias, Emergencias y Desastres**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **4 de Abril de 2020**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatat**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Chimalpopoca**

Nombre del ente público: **Secretaría de Seguridad Ciudadana**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Escuadron de Rescate y Urgencias Medicas**

Número exterior: **136**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Colonia/Localidad: **Obrera**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Paramedico**

Código postal: **06800**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **3 de Mayo de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **5552089898 - 8826**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Clinica san Jesus**

Fecha de ingreso: **27 de Enero de 2020**

Fecha de egreso: **28 de Marzo de 2020**

Área de adscripción / Área: **Salud**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

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): **182,380.00**

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): **182,380.00**