



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA GUADALUPE PEREZ BENITEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **María Guadalupe Perez Benitez**

Correo electrónico institucional: **sami_lupi@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Modelos de Intervencion en Adulto Mayor**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **7 de Marzo de 2013**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciada en Trabajo Social**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **6 de Agosto de 2009**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Colegio de Bachilleres**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **10 de Julio de 2002**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **sep**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **6 de Julio de 1999**

Nivel: **Primaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **sep**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **11 de Julio de 1993**

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. tii Nayaritas**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Supervisora Profesional en Trabajo Social Area c**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2015**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Nacional de Psiquiatría

Área de adscripción / Área: **Trabajo Social**

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

Calle: **Nayaritas esq Huitzilopochtli**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

Colonia/Localidad: **Ajusco**

Código postal: **04300**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 6376**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Interinato**

Especifique función principal: **Otro - Personal Operativo**

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2011**

Fecha de egreso: **30 de Julio de 2012**

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): **357,632.00**

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): **357,632.00**