

Declaración pública **Declaración de modificación** de **MAYRA ARZATE VALENCIA** 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): **Mayra Arzate Valencia**

Correo electrónico institucional: **80.serra.paulina@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Enfermera General**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **14 de Agosto de 2003**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Secundaria**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Diurna Delfina Huerta López**

Fecha: **8 de Julio de 1996**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Primaria**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Primaria Luis g Monzon**

Fecha: **8 de Julio de 1993**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Enfermería**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **14 de Marzo de 2003**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Coapa y Carrasco**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Cstiii dr. José Castro Villagrana**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

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

Colonia/Localidad: **Toriello Guerra**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera General**

Código postal: **14050**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 2004** Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 7655**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Delegación Benito Juárez

Área de adscripción / Área: **Cendis**

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

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

Fecha de ingreso: **3 de Marzo de 2002**

Fecha de egreso: **10 de Abril de 2003**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Mocel

Área de adscripción / Área: **Hospital Mocel**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2001**

Fecha de egreso: **10 de Octubre de 2001**

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

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): **301,352.00**

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): **301,352.00**