

Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARISOL GRANADOS SANCHEZ** 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): **Marisol Granados Sanchez**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Enfermería**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Popular Autónoma de Veracruz**

Fecha: **30 de Agosto de 2013**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Enfermería**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica Coyoacán**

Fecha: **30 de Agosto de 2006**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Trunco**

Carrera: **Trabajo Social**

Institución educativa: **Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicios n° 5**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Electricidad**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Técnica n° 106**

Fecha: **3 de Julio de 1997**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Básicos**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Primaria Suriname**

Fecha: **30 de Junio de 1994**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Avenida Zacatlan**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **c.s Tiii dr. Guillermo Roman y Carrillo**

Número exterior: **146**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **Lomas de san Lorenzo**

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

Código postal: **09780**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Septiembre de 2010**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 6899**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2007**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 2007**

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

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): **838,450.00**

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): **838,450.00**