



Declaración pública **Declaración de modificación** de **GUILLERMINA CERVANTES MENDOZA** 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): **Guillermina Cervantes Mendoza**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Trabajo Social Psiquiátrico y Salud Mental**

Institución educativa: **Instituto Mexicano de Psiquiatría**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **30 de Junio de 1988**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Trabajo Social**

Institución educativa: **Centro de Estudios Tecnológicos No.7**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **29 de Septiembre de 1980**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Escuela Nacional Preparatoria No.9**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Junio de 1976**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Escuela Secundaria República de Colombia**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **21 de Junio de 1971**

Nivel: **Primaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Escuela Primaria Miguel Hidalgo**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **24 de Junio de 1968**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatel**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **san Gabriel**

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

Número interior: **sn**

Área de adscripción: **Centro de Salud T-iii dr. Gustavo a. Rovirosa Pérez**

Número exterior: **517**

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

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

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

Colonia/Localidad: **Pedregal de Santa Úrsula**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Supervisora de Trabajo Social en Área Médica a**

Código postal: **04600**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Marzo de 1980**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6366**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Trabajadora Social Psiquiátrica**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Sanatorios de México S.A. de C.V. "Clínica Psiquiátrica san Rafael"**

Fecha de ingreso: **8 de Julio de 1991**

Fecha de egreso: **8 de Enero de 1992**

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

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): **197,372.00**

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): **197,372.00**