



Declaración pública **Declaración de modificación** de **CLAUDIA BRENDA PINEDA DIAZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de la Contraloría General** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Claudia Brenda Pineda Díaz**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Enfermera Medico Quirurgica**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Hospitla General de Mexico o d**

Fecha: **29 de Junio de 2001**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Enfermeria General**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Bachillerato Tecnologico de Enfermeria Colegio Militarizado Moderno Alarid**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Febrero de 1997**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

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

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **av Tlahuac**

Nombre del ente público: **Secretaría de la Contraloría General**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **24 Secretaria de Salud de la Cdmx**

Número exterior: **1866**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **san Lorenzo Tezonco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermeria Especialista a**

Código postal: **09790**

Especifique función principal: **Otro - Enfermeria Especialista a**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Marzo de 2006** Teléfono de oficina y extensión: **5558500000 - 1233**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Hospital del Angeles del Pedregal Mexico**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 1996**

Fecha de egreso: **1 de Marzo de 2006**

Área de adscripción / Área: **Hospital Angeles del Pedregal**

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): **338,064.00**

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): **338,064.00**