

Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARCELO NOGUERON PEÑA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Marcelo Nogueron Peña**

Correo electrónico institucional: **atlixco1408@hotmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Maestría en Administración de Hospitales Públicos**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Chapultepec**

Fecha: **12 de Abril de 2019**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Médico Cirujano y Partero**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Fecha: **26 de Junio de 2008**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **av la Turba**

Nombre del ente público: **Secretaría de Salud**

Número interior: **sn**

Área de adscripción: **Hospital General Tlahuac**

Número exterior: **655**

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

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

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

Colonia/Localidad: **Villa Centro Americana**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico**

Código postal: **13278**

Especifique función principal: **Otro - Medico**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **3 de Mayo de 2010** Teléfono de oficina y extensión: **5558501011 - 76002**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Secretaria de Salud de la Ciudad de México**

Fecha de ingreso: **3 de Mayo de 2010**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2023**

Área de adscripción / Área: **Banco de Sangre**

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): **390,000.00**

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): **390,000.00**