



Declaración pública **Declaración de modificación** de **PERLA XOCHITL ORTIZ ROMERO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Perla Xochitl Ortiz Romero**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Psicología**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Fecha: **25 de Mayo de 2002**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Especialidad en Terapia Psicodinámica**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Instituto de Estudios Superiores Para la Salud Mental**

Fecha: **25 de Agosto de 2005**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Terapia Psicoanalítica**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Humanitas**

Fecha: **7 de Diciembre de 2019**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Avenida Insurgentes Norte**

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

Número interior: **s/n**

Área de adscripción: **Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos**

Número exterior: **423**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Psicóloga Clínica**

Código postal: **06900**

Especifique función principal: **Otro - Operativo del Programa de Voluntad Anticipada y Cuidados Paliativos**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2016**

Teléfono de oficina y extensión: **5551321200 - 1419**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto de Asistencia e Integración Social
Área de adscripción / Área: **Centro de Integración Social Cuernavaca**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Unidad Departamental**
Especifique función principal: **Áreas Técnicas**
Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2011**
Fecha de egreso: **1 de Octubre de 2012**
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto de Asistencia e Integración Social
Área de adscripción / Área: **Centro de Integración Social Cuernavaca**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Coordinador Técnico**
Especifique función principal: **Áreas Técnicas**
Fecha de ingreso: **16 de Septiembre de 2010**
Fecha de egreso: **15 de Diciembre de 2012**
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto de Asistencia e Integración Social
Área de adscripción / Área: **Centro de Integración Social Cuernavaca**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Lider Coordinador de Proyectos**
Especifique función principal: **Áreas Técnicas**
Fecha de ingreso: **1 de Diciembre de 2008**
Fecha de egreso: **15 de Septiembre de 2010**
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal
Área de adscripción / Área: **Subdirección de Atención Médica**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Psicóloga**
Especifique función principal: **Otro - Administración del Programa de Diabetes**
Fecha de ingreso: **16 de Junio de 2013**
Fecha de egreso: **15 de Octubre de 2015**
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): **335,373.00**

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): **335,373.00**