

Declaración pública **Declaración de modificación** de **CELIA RIVERA PEREZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Celia Rivera Perez**

Correo electrónico institucional: **cilet1021@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirajano**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **31 de Mayo de 1983**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirajano**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **31 de Mayo de 1983**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medico Legista**

Institución educativa: **Sedesa**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **13 de Julio de 2007**

Datos del empleo, cargo o comisión

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Unidad Departamental de Medicina Legal**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **760**

Especifique función principal: **Otro - Medico Legista**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **29 de Junio de 2021**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Aldama y Mina**

Número interior: **s/n**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Guerrero**

Código postal: **06300**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5555461625**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Medico**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 1994**

Área de adscripción / Área: **Servicio Medico del Reclusorio Preventivo Varonil sur**

Fecha de egreso: **31 de Julio de 2007**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Imss**

Fecha de ingreso: **31 de Enero de 1990**

Área de adscripción / Área: **Imss Solidaridad**

Fecha de egreso: **27 de Diciembre de 1991**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Bionatura

Fecha de ingreso: **4 de Febrero de 1992**

Área de adscripción / Área: **Medicina Alternativa**

Fecha de egreso: **12 de Julio de 1995**

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): **495,572.00**

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): **495,572.00**