



Declaración pública **Declaración de modificación** de **GUADALUPE OYUKY JUAREZ PALACIOS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Guadalupe Oyuky Juarez Palacios**

Correo electrónico institucional: **gjuarezp@sersalud.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Administración de Organizaciones de la Salud**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Universidad la Salle**

Fecha: **24 de Junio de 2019**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Administración de Organizaciones de la Salud**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad la Salle**

Fecha: **7 de Marzo de 2018**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciada en Enfermería**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autónoma de México**

Fecha: **20 de Septiembre de 2007**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Alfonso del Toro**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **C.S.Tiii Santa María Aztahuacan**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **Escuadrón 201**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera Especialita "c"**

Código postal: **09060**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 2019** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6694**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Opticas Devlyn s.a de C.V.

Fecha de ingreso: **6 de Septiembre de 2005**

Fecha de egreso: **21 de Enero de 2006**

Área de adscripción / Área: **Clínica Oftalmologica 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): **432,778.00**

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): **432,778.00**