



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

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Mireya Perez Flores**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **17 de Junio de 2004**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Primaria General Herminio Chavarría**

Fecha: **2 de Junio de 1990**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Diurna no 198 "Luis Pasteur"**

Fecha: **30 de Junio de 1993**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **(NINGUNO)**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Nacional Preparatoria Numero 7 "Ezequiel a. Chávez" no 7, Unam.**

Fecha: **30 de Junio de 1996**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Unidad Medica de Sanciones Administrativas y de Integracion Social**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Especialista Galene Salud a**

Especifique función principal: **Otro - Medico**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Marzo de 2020**

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: **Secretaría de Salud**

Área de adscripción / Área: **Unidad Medica del Centro de Sanciones Administrativas y de Intergacion Social**

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

Calle: **av Aquiles Serdan**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

Colonia/Localidad: **san Diego Ocoyoacac**

Código postal: **11290**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5553869397**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico General, Coordinador en Areas de la Salud "c"**

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

Fecha de ingreso: **16 de Julio de 2015**

Fecha de egreso: **29 de Febrero de 2020**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Área de adscripción / Área: **Imss, Clinica 25 de Monterrey Nuevo Leon**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Residente de Anatomia Patologica**

Especifique función principal: **Otro - Becario**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2008**

Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 2008**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Área de adscripción / Área: **Consulta Externa**

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

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2007**

Fecha de egreso: **25 de Diciembre de 2007**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Área de adscripción / Área: **Consulta Externa**

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

Fecha de ingreso: **15 de Marzo de 2007**

Fecha de egreso: **15 de Abril de 2007**

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: **Gobierno del Distrito Federal. Secretaria de Salud del Distrito Federal**

Área de adscripción / Área: **Unidad Medica del Centro de Sanciones Administrativas y de Integracion Social**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Asimilado al Salario**

Especifique función principal: **Otro - Medico**

Fecha de ingreso: **16 de Diciembre de 2008**

Fecha de egreso: **15 de Julio 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): **320,868.00**

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): **320,868.00**