



Declaración pública **Declaración de modificación** de **BRENDA ACOSTA FRANCO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Brenda Acosta Franco**

Correo electrónico institucional: **peke18@live.com.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería y Obstetricia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Marillac a.c**

Fecha: **23 de Abril de 2015**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Recursos Humanos**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Plantel 14 Milpa Alta**

Fecha: **6 de Febrero de 2009**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Corte y Confección**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Emilio Rosembueth**

Fecha: **25 de Julio de 2005**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **no Aplica**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Juan de la Barrera**

Fecha: **15 de Julio de 2002**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Juarez Esq. Pino**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Jurisdicción Sanitaria Xochimilco**

Número exterior: **2**

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

Municipio/Alcaldía: **Xochimilco**

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

Colonia/Localidad: **Barrio san Juan**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Operativo Experto en Salud b**

Código postal: **16000**

Especifique función principal: **Otro - Enfermera**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2022** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7802**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Salud Pública

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Xochimilco**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2017**

Fecha de egreso: **30 de Noviembre de 2017**

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:
Instituto Nacional de Pediatría

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar de Enfermería**

Especifique función principal: **Otro - Cuidado del Paciente**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2015**

Fecha de egreso: **15 de Julio de 2017**

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:
Salud en tu Casa

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Xochimilco**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar de Enfermería**

Especifique función principal: **Otro - Cuidado del Paciente**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2017**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2022**

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): **109,168.00**

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): **109,168.00**