



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MINERVA DIAZ DIAZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México en 2024**

---

## **I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL**

### **Datos generales del declarante**

Nombre(s): **Minerva Diaz Diaz**

Correo electrónico institucional: **abrenim\_1@hotmail.com**

### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciada en Enfermería**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Ateneo Universitario en Humanidades y Ciencias de la Salud**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **23 de Noviembre de 2020**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciada en Enfermería**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Ateneo Universitario en Humanidades y Ciencias de la Salud**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **23 de Noviembre de 2020**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciada en Enfermería**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Ateneo Universitario en Humanidades y Ciencias de la Salud**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **23 de Noviembre de 2020**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciada en Enfermería**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Ateneo Universitario en Humanidades y Ciencias de la Salud**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **23 de Noviembre de 2020**

Ubicación: **México**

---

### **Datos del empleo, cargo o comisión**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **av. Hidalgo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Número interior: **Sinnumero**

Área de adscripción: **Enfermería**

Número exterior: **sin Numero**

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

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

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

Colonia/Localidad: **Villa Gustavo a. Madero**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Profesional Galene a**

Código postal: **07050**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Noviembre de 2018**

Teléfono de oficina y extensión: **5555776707**

#### **Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Asistente de Anestesiologo**

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

Fecha de ingreso: **18 de Mayo de 2018**

Área de adscripción / Área: **Quirofano**

Fecha de egreso: **27 de Diciembre de 2018**

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): **256,643.00**

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): **256,643.00**