

Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIE PAUL ESCALERA BOURILLON** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Marie Paul Escalera Bourillon**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Diseño**

Institución educativa: **Cetis 1**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **1 de Junio de 1980**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Recursos Humanos**

Institución educativa: **Preparatoria Abierta Cdmx sep**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **12 de Mayo de 2023**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Secretaria de Salud**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Cod. Puesto / Cve. Actividad Ptsa009**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **5558660748 - 000**

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

Calle: **Carlos a. Vidal**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **dom Conocido**

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

Colonia/Localidad: **san Francisco Tlaltenco**

Código postal: **13400**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaria de Salud de la Cdmx

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Tiii san Francisco Tlaltenco**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Apoyo Administrativo Experto en Salud "c"**

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

Fecha de ingreso: **15 de Julio de 2013**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2019**

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): **92,162.00**

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): **92,162.00**