



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA DEL SOCORRO MENDOZA PERALTA** 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): **Maria del Socorro Mendoza Peralta**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Diseño Industrial de Patrones**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicios No.9**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Junio de 2001**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Fisico Matematico en Computacion**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicios No.1**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Junio de 2012**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Cecilio Acosta**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud tii Zapotitla**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

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

Colonia/Localidad: **Zapotitla**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Apoyo Administrativo en Salud "**

Código postal: **13310**

Especifique función principal: **Otro - Estadístico**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Apoyo Administrativo**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Secretaria**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Publica de la Ciudad de Mexico

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2018**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2018**

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Milpa Alta**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Apoyo Administrativo**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Administradora**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Publica de la Ciudad de Mexico

Fecha de ingreso: **16 de Octubre de 2016**

Fecha de egreso: **31 de Julio de 2018**

Área de adscripción / Área: **C.S. tii Santa Cruz Acalpixta**

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): **123,501.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **50,400.00**

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): **50,400.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **PENSIÓN ALIMENTICIA**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **173,901.00**