



Declaración pública **Declaración de modificación** de **CINTHYA NOHEMI CUEVAS AVILES** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Cinthya Nohemi Cuevas Aviles**

Correo electrónico institucional: **angelnurse_85@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Doctorado**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Desarrollo Humano**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Universidad Iexpo**

Fecha: **9 de Enero de 2023**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Tanatología**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Mexicano de Psicooncología**

Fecha: **7 de Diciembre de 2018**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Reforma Aeronautica**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Enfermería**

Número exterior: **3018**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **Reforma Política**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **670**

Código postal: **09730**

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

Entidad federativa: **Estado de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Agosto de 2006**

Teléfono de oficina y extensión: **5591298933**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios Medicos la Esperanza

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2005**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Fecha de egreso: **31 de Agosto de 2006**

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): **243,942.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **343,111.00**

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): **343,111.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **INGRESO POR PRESTACION DE SERVICIO EN EL HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **587,053.00**