



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MIRIAM ARISBE JIMENEZ GARCIA** 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): **Miriam Arisbe Jimenez Garcia**

Correo electrónico institucional: **ayah601@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medica Cirujana**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **27 de Marzo de 2008**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatat**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **C.S.Tiii dr Gustavo a Rovirosa Perez**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General**

Especifique función principal: **Otro - Medico General**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Noviembre de 2021**

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

Calle: **san Gabriel**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **517**

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

Colonia/Localidad: **Pedregal de Santa Úrsula**

Código postal: **04600**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5556184492**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2008**

Área de adscripción / Área: **Consulta General y Coordinación de Epidemiología**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2010**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico de Salud en el Trabajo**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2011**

Área de adscripción / Área: **Salud en el Trabajo**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2017**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **el Palacio de Hierro**

Fecha de ingreso: **16 de Abril de 2017**

Área de adscripción / Área: **Area Medica**

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

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Sector al que pertenece: **Otro - Tienda Departamental**

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): **531,463.00**

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): **531,463.00**