



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LILIANA NOHEMI CARRANZA VELAZQUEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Liliana Nohemi Carranza Velazquez**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **7 de Marzo de 2019**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **24 Secretaria de Salud de la Cdmx**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera con Licenciatura Galene Salud**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2020**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Avenida Tlahuac**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **4866**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **san Lorenzo Tezonco**

Código postal: **09790**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Otro** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar de Farmacia**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Farmacia san José** Fecha de ingreso: **15 de Febrero de 2020**
Fecha de egreso: **29 de Marzo de 2020**
Área de adscripción / Área: **Farmacia san José** Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Docente de Campo Clínico**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Instituto Tecnológico Roselvet Plantel Aragon** Fecha de ingreso: **13 de Enero de 2020**
Fecha de egreso: **7 de Febrero de 2020**
Área de adscripción / Área: **Educativo** Sector al que pertenece: **Otro - Educativo**
R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)** Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Tutor Clínico**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Universidad la Salle Nezahualcóyotl** Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2019**
Fecha de egreso: **15 de Noviembre de 2019**
Área de adscripción / Área: **Educativo** Sector al que pertenece: **Otro - Educativo**
R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)** Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Licenciada en Enfermería en Hospitalización**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Hospital san Angel inn Universidad** Fecha de ingreso: **27 de Mayo de 2019**
Fecha de egreso: **5 de Julio de 2019**
Área de adscripción / Área: **Enfermería** Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**
R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)** Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Otro** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera General**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Enfermería en el Hogar** Fecha de ingreso: **25 de Julio de 2017**
Fecha de egreso: **1 de Junio de 2019**
Área de adscripción / Área: **Enfermería** 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): **250,349.00**

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): **250,349.00**