

Declaración pública **Declaración de modificación** de **NAYELI GOMEZ ROSALES** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Nayeli Gomez Rosales**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Enfermería y Obstetricia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud del df**

Fecha: **1 de Junio de 2014**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatel**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Avenida Santa Cruz**

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

Número interior: **s/n**

Área de adscripción: **Hospital General Topilejo**

Número exterior: **1**

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

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

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

Colonia/Localidad: **san Miguel Topilejo**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **570**

Código postal: **14500**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Diciembre de 2017**

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

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Shiners Para Niños

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2016**

Área de adscripción / Área: **Enfermera**

Fecha de egreso: **31 de Octubre de 2017**

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

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Médica sur

Fecha de ingreso: **31 de Octubre de 2017**

Área de adscripción / Área: **Enfermera**

Fecha de egreso: **1 de Diciembre de 2017**

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): **186,084.00**

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): **186,084.00**