



Declaración pública **Declaración inicial** de **MARIANA ANAID NAJERA LOPEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Mariana Anaíd Najera Lopez**

Correo electrónico institucional: **simplem1973@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermería**

Institución educativa: **Universidad Etac Campus Chalco**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Diciembre de 2021**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Hospital General Xoco**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Auxiliar de Enfermería**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Febrero de 2021**

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

Calle: **Avenida Mexico Coyoacan**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sn**

Municipio/Alcaldía: **Benito Juárez**

Colonia/Localidad: **General Pedro María Anaya**

Código postal: **03340**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **55568890 - 000**

---

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca**

Área de adscripción / Área: **Administracion**

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

Especifique función principal: **Administración de Recursos Humanos**

Fecha de ingreso: **30 de Septiembre de 2019**

Fecha de egreso: **13 de Diciembre de 2019**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Hospital Pediatrico Tacubaya**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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

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

Fecha de ingreso: **28 de Abril de 2018**

Fecha de egreso: **3 de Junio de 2018**

Lugar donde se ubica: **México**

---

### Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **195,017.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **195,017.00**

**¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?**

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**