

Declaración pública **Declaración de modificación** de **HAYDEE VARGAS MIRANDA** 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): **Haydee Vargas Miranda**

Correo electrónico institucional: **haydee222999@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Enfermería en Salud Pública**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **14 de Marzo de 2019**

---

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Gestión de la Salud**

Institución educativa: **uvm**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **19 de Diciembre de 2015**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermería y Obstetricia**

Institución educativa: **Eneo**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **29 de Mayo de 2010**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud t iii Ampliación Presidentes**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera Especialista "c"**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 2005**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **John f Kennedy**

Número interior: **s/n**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

Colonia/Localidad: **1a Ampliación Presidentes**

Código postal: **01299**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6020**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Hospital Angeles del Pedregal**

Fecha de ingreso: **20 de Abril de 2004**

Fecha de egreso: **15 de Enero de 2005**

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**

---

#### **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): **35,842,378.00**

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): **35,842,378.00**