



Declaración pública **Declaración inicial** de **MARIEL NOHEMI GONZALEZ IRINEO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Mariel Nohemi Gonzalez Irineo**

Correo electrónico institucional: **mariel.gonzalezi@unisa.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Enfermería con Enfoque en Ciencias de la Salud**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **8 de Abril de 2021**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **21 de Enero de 2016**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Técnico Laboratorista Químico**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **6 de Julio de 2005**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación**

Área de adscripción: **Licenciatura de Enfermería Familiar y Comunitaria**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Técnico Operativo de Confianza de Tiempo Completo**

Especifique función principal: **Otro - Docente Tiempo Completo**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 2023**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Vasco de Quiroga**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **1345**

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

Colonia/Localidad: **Santa fe**

Código postal: **01210**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Académico de Tiempo Completo**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Universidad del Valle de México

Fecha de ingreso: **16 de Junio de 2021**

Fecha de egreso: **15 de Agosto de 2022**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Sector al que pertenece: **Otro - Educativo**

R.F.C. (Si es sector privado): **UVM870210LT1**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Profesor de Asignatura**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Universidad del Valle de México

Fecha de ingreso: **25 de Enero de 2021**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2021**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Sector al que pertenece: **Otro - Educativo**

R.F.C. (Si es sector privado): **UVM870210LT1**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Profesor de Asignatura**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Universidad del Valle de México

Fecha de ingreso: **22 de Agosto de 2022**

Fecha de egreso: **23 de Enero de 2023**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Sector al que pertenece: **Otro - Educativo**

R.F.C. (Si es sector privado): **UVM870210LT1**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Marie Stopes México**

Fecha de ingreso: **9 de Septiembre de 2020**

Fecha de egreso: **11 de Enero de 2021**

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: **Público**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Técnico Operativo de Confianza de Tiempo Completo**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatel**

Especifique función principal: **Otro - Académico de Tiempo Completo**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Universidad de la Salud

Fecha de ingreso: **16 de Febrero de 2023**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2023**

Área de adscripción / Área: **Licenciatura de Enfermería Familiar y Comunitaria**

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): **28,612.00**

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): **28,612.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

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

