



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MAIRA CINTIA GUERRA OLASCOAGA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Maira Cintia Guerra Olascoaga**

Correo electrónico institucional: **mcco_1993@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermería General**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Arquitecto Carlos Lazo**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Pediatrico Tacubaya**

Número exterior: **25**

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

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

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

Colonia/Localidad: **Tacubaya**

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

Código postal: **11870**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

Teléfono de oficina y extensión: **5512857100**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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:
Hospital Diomed

Fecha de ingreso: **15 de Mayo de 2018**

Fecha de egreso: **10 de Julio de 2018**

Área de adscripción / Área: **Hospitalizacion**

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: **Enfermera General**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Enfermera**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Central Militar

Fecha de ingreso: **15 de Abril de 2017**

Fecha de egreso: **15 de Diciembre de 2017**

Área de adscripción / Área: **Cirugia**

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:
Sanatorio Durango

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2015**

Fecha de egreso: **15 de Abril de 2017**

Área de adscripción / Área: **Neonatología y Pediatría**

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: **Privado**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Obregon

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2013**

Fecha de egreso: **15 de Enero de 2015**

Área de adscripción / Área: **Neonatología y Pediatría**

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): **125,091.00**

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): **125,091.00**