

Declaración pública **Declaración de modificación** de **LIZBETH PALMA VALLE** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2024

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Lizbeth Palma Valle**

Correo electrónico institucional: **liz.pal1995@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Lic. Enfermería**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad de Puebla**

Fecha: **10 de Agosto de 2019**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Enfermería**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Conalep Chalco**

Fecha: **10 de Agosto de 2016**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **p de las Jacarandas**

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

Número interior: **s/n**

Área de adscripción: **Enfermería**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

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

Colonia/Localidad: **la Raza**

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

Código postal: **02990**

Especifique función principal: **Otro - Cuidado de Pacientes**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **15 de Febrero de 2015**

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

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Especifique función principal: **Otro - Cuidado de Pacientes**

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

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2014**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Fecha de egreso: **21 de Noviembre de 2014**

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): **91,200.00**

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): **91,200.00**