



Declaración pública **Declaración de modificación** de **DULCE CAROLINA PINEDA GARNICA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Dulce Carolina Pineda Garnica**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Nutrición**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Universidad de Valle de Mexico**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Maestria en Nutrición Clínica**

Documento obtenido: **Boleta**

Institución educativa: **uvm**

Fecha: **17 de Mayo de 2021**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **eje 3 Norte Camarones**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **T-III Doctor Galo Soberon y Parra**

Número exterior: **485**

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

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Colonia/Localidad: **Sindicato Mexicano de Electricistas**

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

Código postal: **02060**

Especifique función principal: **Otro - Consulta**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2016** Teléfono de oficina y extensión: **53968153**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

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

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2016**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2022**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Galo Soberon**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2015**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2016**

Área de adscripción / Área: **Consulta**

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: **Apoyo de Cuidado Alimentario de Niño**

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

Fecha de ingreso: **16 de Enero de 2014**

Fecha de egreso: **15 de Agosto de 2015**

Área de adscripción / Área: **Consulta**

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): **220,983.00**

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): **220,983.00**