



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LILIANA MARCELA PEREZ PEDRAZA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Liliana Marcela Perez Pedraza**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Trabajo Social**

Institución educativa: **Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca**

Ubicación: **Extranjero**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **7 de Diciembre de 1999**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Administración de Sistemas de Salud**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Junio de 2019**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Dirección de Información en Salud y Siste**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Asistir y Apoyar Directamente al Titular de la Dirección Asignada en las Funciones Designadas Dentro**

Especifique función principal: **Otro - Asesorar, Proponer y Elaborar las Actividades Administrativas y Operativas del Area Asignada**

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

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Avenida Insurgentes Norte**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **423**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Código postal: **06900**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **51321200 - 1372**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Dirección de Información en Salud y Sistemas Institucionales**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Personal de Honorarios- Responsable del Sistema Samih**

Especifique función principal: **Otro - Responsable del Sistema Samih**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2018**

Fecha de egreso: **1 de Diciembre de 2019**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Dirección de Información en Salud**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Nomina 8 Responsable de Sistema de Información**

Especifique función principal: **Otro - Soporte de Sistema Samih**

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

Fecha de egreso: **31 de Marzo de 2018**

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): **284,806.00**

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): **284,806.00**