



Declaración pública **Declaración de modificación** de **DANAI CUIREL QUIROZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Danai Curiel Quiroz**

Correo electrónico institucional: **dcuriel@sersalud.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Medico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad la Salle**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **25 de Febrero de 2011**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Ciencias**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **5 de Marzo de 2020**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Jurisdiccion Tlalpan**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Tipo a**

Especifique función principal: **Otro - Consulta Médica**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Agosto de 2013**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Tiii Cultura Maya**

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

Calle: **Izamal**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n Esquina Hopelchen**

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

Colonia/Localidad: **Cultura Maya**

Código postal: **14230**

Entidad federativa: **None**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 7620**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico General Tipo "a"**

Especifique función principal: **Otro - Consulta Médica**

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2013**

Fecha de egreso: **27 de Mayo de 2021**

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): **259,333.00**

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): **259,333.00**