



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MIRIAN PEREZ MARIN** 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): **Mirian Perez Marin**

Correo electrónico institucional: **mirianpm33@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Salud Pública**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **18 de Mayo de 2021**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermería**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **6 de Enero de 1998**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Secretaría de Educación Pública**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **9 de Agosto de 2010**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Enfermería**

Institución educativa: **Benemérita Universidad Autónoma de Puebla**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **11 de Mayo de 1998**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Secretaría de Educación Pública**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **16 de Junio de 1990**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatel** Domicilio del empleo, cargo o comisión: **México**

Ambito público: **Órgano Autónomo** Calle: **av. 5 de Febrero**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud T-iii dr. Manuel Cárdenas de la Vega** Número exterior: **12**

Empleo, cargo o comisión: **Operativo u Homologo (a)** Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

¿Es contrato(a) por honorarios?: **no** Colonia/Localidad: **Martín Carrera**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Auxiliar de Enfermería "a"** Código postal: **07070**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público** Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Abril de 2008** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar de Area Medica**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal** Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Instituto Mexicano del Seguro Social** Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2005**

Área de adscripción / Área: **Delegación Sur, Distrito Federal Programa Imss Oportunidades** Fecha de egreso: **30 de Marzo de 2008**

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: **Atención Directa al Público**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Instituto Mexicano del Seguro Social** Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2002**

Área de adscripción / Área: **Delegación Estatal Morelos, Programa Imss Oportunidades** Fecha de egreso: **31 de Agosto de 2003**

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: **Atención Directa al Público**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Instituto Mexicano del Seguro Social** Fecha de ingreso: **1 de Enero de 1999**

Área de adscripción / Área: **Delegación Estatal Puebla, Programa Imss Progresal** Fecha de egreso: **30 de Junio de 2000**

Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera General**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatel** Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Servicios de Salud del Estado de Puebla** Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 1997**

Área de adscripción / Área: **Unidad Medica Xiloxochico** Fecha de egreso: **31 de Agosto de 1998**

Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera General**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatel** Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Servicios de Salud del Estado de Puebla** Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 1997**

Área de adscripción / Área: **Unidad Medica Xiloxochico** Fecha de egreso: **31 de Agosto de 1998**

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): **207,790.00**

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): **207,790.00**