

Declaración pública **Declaración de modificación** de **JUDITH YOALLY PEREZ PALACIOS PADILLA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2024

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Judith Yoally Perez Palacios Padilla**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermería General**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Icest**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Enfermería General**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Conalep 189**

Fecha: **1 de Mayo de 2019**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Tetlepanquetalzin**

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

Número interior: **1**

Área de adscripción: **Centro de Salud**

Número exterior: **32**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **Colonial Iztapalapa**

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

Código postal: **09270**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2022** Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 6921**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Especifique función principal: **Otro - Enfermería**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Publica de la Cdmx

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2022**

Fecha de egreso: **1 de Enero de 2023**

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

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): **228,668.00**

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): **228,668.00**