



Declaración pública **Declaración de modificación** de **DAYANA CAROLINA SEVILLA ORTIZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Dayana Carolina Sevilla Ortiz**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Relaciones Comerciales Internacionales**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **Universidad Icel**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Area Ciencias Biologicas y de la Salud**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Instituto Reforma**

Fecha: **10 de Agosto de 2006**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Dibujo Tecnico**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Lic. Benito Juarez**

Fecha: **5 de Julio de 2002**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Elodia Ramos Chavez**

Fecha: **7 de Julio de 1999**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **san Pascacio**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **c s til Santa Ursula Coapa**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

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

Colonia/Localidad: **Pedregal de Santa Úrsula**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Apoyo Admvo Experto en Salud "c"**

Código postal: **04600**

Especifique función principal: **Otro - Auxiliar de Farmacia**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6394**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Operador de Modulo Movil**
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal** Especifique función principal: **Atención Directa al Público**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Secretaria de Salud** Fecha de ingreso: **17 de Febrero de 2014**
Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2019**
Área de adscripción / Área: **Regimen de Protección Social en Salud del D.F.** Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Atencion al Cliente**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Telemarketing** Fecha de ingreso: **17 de Diciembre de 2012**
Fecha de egreso: **14 de Febrero de 2014**
Área de adscripción / Área: **Call Center** Sector al que pertenece: **Servicios de Esparcimiento**
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: **Acesor Financiero**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Bancario** Fecha de ingreso: **16 de Enero de 2006**
Fecha de egreso: **4 de Agosto de 2006**
Área de adscripción / Área: **Call Center** Sector al que pertenece: **Servicios Financieros**
R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)** Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Técnico Biométrico**
Nivel / Orden de gobierno: **Federal** Especifique función principal: **Otro - Registro Biométrico**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Secretaria de Gobernación** Fecha de ingreso: **9 de Enero de 2012**
Fecha de egreso: **14 de Diciembre de 2012**
Área de adscripción / Área: **Secretaria de Educacion Publica** 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): **151,304.00**

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): **151,304.00**