



Declaración pública **Declaración inicial** de **CECILIA MAYABEL PEREA GARCIA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Sistema de Movilidad 1, SM1 (Red de Transporte de Pasajeros de la Ciudad de México)** en 2024

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Cecilia Mayabel Perea Garcia**

Correo electrónico institucional: **mayabel.pg@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Recursos Humanos**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Plantel 14 Milpa Alta, Fidencio Villanueva Rojas**

Fecha: **19 de Junio de 2020**

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: **av. Aquiles Serdan**

Nombre del ente público: **Sistema de Movilidad 1, sm1 (Red de Transporte de Pasajeros de la Ciudad de México)**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Operación**

Número exterior: **5865**

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

Municipio/Alcaldía: **Xochimilco**

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

Colonia/Localidad: **las Animas**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Controlador de Tiempo "a"**

Código postal: **16749**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **13 de Diciembre de 2023** Teléfono de oficina y extensión: **5513286300 - 5513286300**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar en Enfermería**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Salus Care Solutions**

Fecha de ingreso: **17 de Mayo de 2023**

Fecha de egreso: **10 de Diciembre de 2023**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)
(Cantidades netas después de impuestos): **9,742.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **9,742.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**