

DECLARACIÓN PÚBLICA DE MODIFICACIÓN 2022

| | | | |
|------------------|--|------------------------|------------------|
| Declarante: | JENNIFER PAOLA ENRIQUEZ SAAB | Folio: | 2023072111141380 |
| Dependencia: | CLINICA PSIQUIATRICA DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA | Fecha de Presentación: | 21/jul./2023 |
| Cargo declarado: | CAMILLERO | Clase declaración: | Simplificada - B |

| | |
|------------------|---|
| SITUACIÓN | Declaración de Situación Patrimonial |
| SECCIÓN | Datos Generales |

| | |
|------------------|----------------|
| Nombre (s) | JENNIFER PAOLA |
| Primer Apellido | ENRIQUEZ |
| Segundo Apellido | SAAB |

| | |
|---|---|
| SECCIÓN | Datos curriculares del declarante |
| Nivel de Escolaridad | Maestría |
| Institución educativa | CENTRO DE CRECIMIENTO HUMANISTA |
| Carrera o Área de conocimiento | DIPLOMADO PARA TITULACION DE LA MAESTRIA EN TANATOLOGIA |
| Estatus | Cursando |
| Lugar donde se ubica la institución educativa | En México |

| | |
|---|--|
| SECCIÓN | Datos del empleo, cargo o comisión |
| Nivel / Orden de Gobierno | Estatal |
| Ámbito Público | Ejecutivo |
| Nombre del ente Público | CLINICA PSIQUIATRICA DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA |
| Área de Adscripción | CP DR. EVERARDO NEUMANN PE A - ENFERMERIA |
| Empleo, Cargo o Comisión | CAMILLERO |
| ¿Está contratado por honorarios? | NO |
| Nivel del empleo o cargo o comisión | |
| Fecha de la toma de posesión del cargo, empleo o comisión | 01/02/2019 |
| Especifique la función principal | CAMILLERO |
| Teléfono de oficina y extensión | 4441009250 |
| Domicilio del empleo, cargo o comisión en México | CARRETERA MATEHUALA, KM 8.5, FRACCIONAMIENTO LOS OLIVOS, 78430, Soledad de Graciano Sánchez, Soledad |
| ¿Cuenta con otro empleo, cargo o comisión en el servicio público distinto al declarado? | NO |

| | |
|---|--|
| SECCIÓN | Experiencia Laboral (Últimos cinco empleos) |
| Ámbito / Sector en el que Laboraste | Público |
| Nivel / Orden de Gobierno | Estatal |
| Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación | SERVIVIOS DE SALUD |
| Área de Adscripción / Área | HOSPITAL GENERAL DE SOLEDAD |
| Empleo, Cargo o Comisión / Puesto | Auxiliar de Enfermería |

| | |
|---|--|
| Especifique Función Principal (Límite 1,500 caracteres) | REALICE FUNCIONES DE ENFERMERA GENERAL, AUNQUE MI CODIGO DE CONTRATACION ERA DE AUXILIAR EN ENFERMERIA, ESTUVE EN EL TURNO NOCTURNO EN EL ÁREA DE NEON |
| Fecha de ingreso | 17/06/2018 |
| Fecha de Egreso | 30/09/2023 |
| Lugar donde se Ubica | En México |

| SECCIÓN | Ingresos Netos del Declarante, Pareja y / o dependientes económicos (entre el 1 de enero y 31 de diciembre del año inmediato anterior) |
|--|--|
| I. Remuneración anual neta del declarante por su cargo público (por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos, aguinaldos y otras prestaciones)(cantidades netas después de impuestos) (Sin centavos).) | \$171,290.00 |
| II. Otros ingresos del declarante (suma del II.1 al II.5) (Sin centavos).) | \$23,377.00 |
| II.1 Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (después de impuestos) (Sin centavos).) | \$13,600.00 |
| Nombre o Razón Social | Mi negocio natura |
| Tipo de Negocio | belleza |
| II.2 Por actividad financiera (rendimientos o ganancias) (Sin centavos)) | \$9.00 |
| II.5 Otros Ingresos no considerados anteriormente (Después de impuestos) (Sin centavos). | \$9,768.00 |
| A. Ingreso Anual Neto del declarante (suma del I y II) (Sin centavos)) | \$194,667.00 |
| C.- Total de los ingresos anuales netos percibidos por el declarante, pareja y dependientes económicos (suma de los apartados A y B). | \$194,667.00 |