

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA  
DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL Y DE INTERESES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS  
DECLARACIÓN MODIFICACIÓN 2022

FECHA DE RECEPCIÓN: 14/05/2022

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD PRESENTO A USTED MI DECLARACIÓN PATRIMONIAL Y DE INTERESES, CONFORME A LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 32 Y 33 DE LA LEY GENERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS.

DATOS GENERALES DEL SERVIDOR PUBLICO

NOMBRE(S): GARCIA SALAS MARLYN  
CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL:

DATOS CURRICULARES DEL DECLARANTE

| ESCOLARIDAD  |                       |           |                                |            |                    |            |
|--------------|-----------------------|-----------|--------------------------------|------------|--------------------|------------|
| NIVEL        | INSTITUCIÓN EDUCATIVA | UBICACIÓN | CARRERA O ÁREA DE CONOCIMIENTO | ESTATUS    | DOCUMENTO OBTENIDO | FECHA      |
| LICENCIATURA | ISABEL DE HUNGRIA     | MEXICO    | ENFERMERIA                     | FINALIZADO | TITULO             | 2018-10-22 |

DATOS DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN ACTUAL

NIVEL / ORDEN DE GOBIERNO: ESTATAL  
ÁMBITO PÚBLICO: EJECUTIVO  
NOMBRE DEL ENTE PÚBLICO: O.P.D. SALUD DE TLAXCALA  
NIVEL JERARQUICO: OPERATIVO (A) U HOMOLOGO (A)  
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN: ENFERMERIA  
EMPLEO, CARGO O COMISIÓN: ENFERMERIA GENERAL  
¿ESTÁ CONTRATADO POR HONORARIOS?: No  
NIVEL DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN: ENFERMERIA GENERAL  
ESPECIFIQUE FUNCIÓN PRINCIPAL: MEDICINA PREVENTIVA  
FECHA DE TOMA DE POSESIÓN DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN: 2021-01-01  
TELÉFONO DE OFICINA Y EXTENSIÓN: 2414157138 240

DOMICILIO DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN

|                       |             |                                                  |           |
|-----------------------|-------------|--------------------------------------------------|-----------|
|                       |             | EN MÉXICO DOMICILIO DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN |           |
| CALLE:                | XICOTENCATL | NÚMERO EXTERIOR:                                 | 20        |
| NÚMERO INTERIOR:      |             | COLONIA / LOCALIDAD:                             | HUAMANTLA |
| MUNICIPIO / ALCALDÍA: | HUAMANTLA   | ENTIDAD FEDERATIVA:                              | TLAXCALA  |
| CÓDIGO POSTAL:        | 90500       |                                                  |           |

EXPERIENCIA LABORAL (ÚLTIMOS CINCO EMPLEOS)

EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO

|                                                                        |                                              |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| ÁMBITO / SECTOR EN EL QUE LABORASTE:                                   | PUBLICO                                      |
| NIVEL / ORDEN DE GOBIERNO:                                             | ESTATAL                                      |
| ÁMBITO PÚBLICO:                                                        | EJECUTIVO                                    |
| NOMBRE DEL ENTE PÚBLICO / NOMBRE DE LA EMPRESA, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN: | CENTRO DE SALUD URBANO DE HUAMANTLAHUAMANTLA |
| ÁREA DE ADSCRIPCIÓN / ÁREA:                                            | ENFERMERIA                                   |
| EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO:                                     | ENFERMERIA GENERAL                           |
| ESPECIFIQUE FUNCIÓN PRINCIPAL:                                         | MEDICINA PREVENTIVA                          |
| FECHA DE INGRESO:                                                      | 2020-03-18                                   |
| FECHA DE EGRESO:                                                       | 2020-12-31                                   |
| LUGAR DONDE SE UBICA:                                                  | MEXICO                                       |

EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO

|                                                                        |                   |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| ÁMBITO / SECTOR EN EL QUE LABORASTE:                                   | PUBLICO           |
| NIVEL / ORDEN DE GOBIERNO:                                             | ESTATAL           |
| ÁMBITO PÚBLICO:                                                        | LEGISLATIVO       |
| NOMBRE DEL ENTE PÚBLICO / NOMBRE DE LA EMPRESA, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN: | CEREDI            |
| ÁREA DE ADSCRIPCIÓN / ÁREA:                                            | ENFERMERIA        |
| EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO:                                     | ENFERMERA         |
| ESPECIFIQUE FUNCIÓN PRINCIPAL:                                         | PS SIGNOS VITALES |
| FECHA DE INGRESO:                                                      | 2021-01-01        |
| FECHA DE EGRESO:                                                       | 2021-01-31        |
| LUGAR DONDE SE UBICA:                                                  | MEXICO            |

INGRESOS NETOS DEL DECLARANTE, (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) | 166139 |
| II. OTROS INGRESOS DEL DECLARANTE (SUMA DEL II.1 AL II.5)                                                                                                                                            | 0      |
| II.1 POR ACTIVIDAD INDUSTRIAL, COMERCIAL Y / O EMPRESARIAL (DESPUÉS DE IMPUESTOS)                                                                                                                    |        |
| II.2 POR ACTIVIDAD FINANCIERA (RENDIMIENTOS O GANANCIAS) (DESPUÉS DE IMPUESTOS)                                                                                                                      | 0      |
| II.3 POR SERVICIOS PROFESIONALES, CONSEJOS, CONSULTORÍAS Y / O ASESORÍAS (DESPUÉS DE IMPUESTOS)                                                                                                      |        |
| II.4 POR ENAJENACIÓN DE BIENES (DESPUÉS DE IMPUESTOS)                                                                                                                                                | 0      |
| II.5 OTROS INGRESOS NO CONSIDERADOS A LOS ANTERIORES (DESPUÉS DE IMPUESTOS)                                                                                                                          |        |
| A. INGRESO ANUAL NETO DEL DECLARANTE (SUMA DEL NUMERAL I Y II)                                                                                                                                       | 166139 |

POR ACTIVIDAD INDUSTRIAL, COMERCIAL Y / O EMPRESARIAL (DESPUÉS DE IMPUESTOS).

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | TIPO DE NEGOCIO | MONTO |
|-----------------------|-----------------|-------|
|-----------------------|-----------------|-------|

POR ACTIVIDAD FINANCIERA (RENDIMIENTOS O GANANCIAS) (DESPUÉS DE IMPUESTOS).

| TIPO INSTRUMENTO                     | MONTO |
|--------------------------------------|-------|
| CAPITAL                              | 0     |
| FONDOS DE INVERSIÓN                  | 0     |
| ORGANIZACIONES PRIVADAS              | 0     |
| SEGURO DE SEPARACIÓN INDIVIDUALIZADO | 0     |
| VALORES BURSÁTILES                   | 0     |
| BONOS                                | 0     |
| OTRO (ESPECIFIQUE)                   | 0     |

POR SERVICIOS PROFESIONALES, CONSEJOS, CONSULTORÍAS Y / O ASESORÍAS (DESPUÉS DE IMPUESTOS).

| TIPO DE SERVICIO | MONTO |
|------------------|-------|
|------------------|-------|

POR ENAJENACIÓN DE BIENES (DESPUÉS DE IMPUESTOS)

| TIPO BIEN | MONTO |
|-----------|-------|
| MUEBLE    | 0     |
| INMUEBLE  | 0     |
| VEHÍCULO  | 0     |

OTROS INGRESOS NO CONSIDERADOS A LOS ANTERIORES (DESPÚES DE IMPUESTOS).

| TIPO INGRESO | MONTO |
|--------------|-------|
|--------------|-------|