

Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA SANTA DE JESUS GONZALEZ MARTINEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en 2025

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Maria Santa de Jesus Gonzalez Martinez**

Correo electrónico institucional: **santa1.gonzalez@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Especialidad en Salud Publica**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores**

Fecha: **29 de Mayo de 2019**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Maestria en Administracion de Instituciones de Salud**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Inst. Estudios Universitarios A.C. ieu**

Fecha: **5 de Abril de 2019**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano y Homeopata**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Fecha: **4 de Diciembre de 2009**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Torre Insignia av Insurgentes Norte Conjunto Urbano Nonoalco**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Número interior: **sn**

Área de adscripción: **Subdireccion de Participacion Social**

Número exterior: **423**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General b**

Código postal: **06900**

Especifique función principal: **Otro - Responsable de Programas de Salud en la Cdmx**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Julio de 2024**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 1601**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Tiii dr. Jose ma. Rodriguez**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico General A-Eventual**

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

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2017**

Fecha de egreso: **15 de Noviembre de 2019**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Dirección de Vigilancia e Inteligencia Epidemiologica**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico General A-Eventual**

Especifique función principal: **Otro - Vigilancia Epidemiologica**

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2013**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2015**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Subdirección de Participación Social**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Paramedico en Área Normativa**

Especifique función principal: **Otro - Apoyo de Programas de Salud**

Fecha de ingreso: **16 de Noviembre de 2019**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2023**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Subdirección de Participación Social**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General a**

Especifique función principal: **Otro - Apoyo de Programas de Salud**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2024**

Fecha de egreso: **15 de Julio de 2024**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Subdirección de Participación Social**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General b**

Especifique función principal: **Otro - Apoyo de Programas de Salud**

Fecha de ingreso: **16 de Julio de 2024**

Fecha de egreso: **19 de Mayo de 2025**

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): **392,560.00**

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): **392,560.00**