



Declaración pública **Declaración inicial** de **MARIA GILMA ARROYAVE LOAIZA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **María Gilma Arroyave Loaiza**

Correo electrónico institucional: **gilma.arroyave@salud.cdmx.gob.mx**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Economía**

Institución educativa: **Universidad Autónoma Latinoamericana**

Ubicación: **Extranjero**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **15 de Diciembre de 1981**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Medicina Social**

Institución educativa: **Universidad Autónoma Metropolitana**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Abril de 1984**

Nivel: **Doctorado**

Carrera: **Doctorado en Ciencia Política**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Trunco**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialización en Proyectos de Inversión**

Institución educativa: **Instituto Nacional de Administración Pública**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **7 de Diciembre de 1997**

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Secretaría de Salud**

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

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Actividades de Apoyo Administrativo**

Especifique función principal: **Otro - Actividades de Apoyo Administrativo**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2021**

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

Calle: **av. Insurgentes Norte**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **423**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Código postal: **06900**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5551321250 - 1005**

## Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: <b>Público</b>	Empleo cargo o comisión / Puesto: <b>Jefe de División</b>
Nivel / Orden de gobierno: <b>Estatal</b>	Especifique función principal: <b>Áreas Técnicas</b>
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: <b>Imss</b>	Fecha de ingreso: <b>16 de Febrero de 2007</b>
Área de adscripción / Área: <b>Dirección de Prestaciones Médicas</b>	Fecha de egreso: <b>28 de Febrero de 2021</b>
	Lugar donde se ubica: <b>México</b>
<hr/>	
Ámbito / Sector en el que laboraste: <b>Público</b>	Empleo cargo o comisión / Puesto: <b>Coordinador a. Especialidad Técnica</b>
Nivel / Orden de gobierno: <b>Estatal</b>	Especifique función principal: <b>Áreas Técnicas</b>
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: <b>Pemex</b>	Fecha de ingreso: <b>1 de Junio de 2004</b>
Área de adscripción / Área: <b>Subdirección Médica</b>	Fecha de egreso: <b>15 de Febrero de 2007</b>
	Lugar donde se ubica: <b>México</b>
<hr/>	
Ámbito / Sector en el que laboraste: <b>Privado</b>	Empleo cargo o comisión / Puesto: <b>Subdirectora de Desarrollo Médico</b>
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: <b>gnp</b>	Fecha de ingreso: <b>1 de Octubre de 1999</b>
Área de adscripción / Área: <b>Subdirección Médica</b>	Fecha de egreso: <b>15 de Enero de 2001</b>
R.F.C. (Si es sector privado): <b>(Ninguno)</b>	Sector al que pertenece: <b>Servicios de Salud</b>
	Lugar donde se ubica: <b>México</b>
<hr/>	
Ámbito / Sector en el que laboraste: <b>Público</b>	Empleo cargo o comisión / Puesto: <b>Jefe de Área de Investigación</b>
Nivel / Orden de gobierno: <b>Federal</b>	Especifique función principal: <b>Áreas Técnicas</b>
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: <b>Imss</b>	Fecha de ingreso: <b>1 de Marzo de 1997</b>
Área de adscripción / Área: <b>Dirección de Prestaciones Médicas</b>	Fecha de egreso: <b>30 de Septiembre de 1999</b>
	Lugar donde se ubica: <b>México</b>
<hr/>	
Ámbito / Sector en el que laboraste: <b>Público</b>	Empleo cargo o comisión / Puesto: <b>Directora General</b>
Nivel / Orden de gobierno: <b>Estatal</b>	Especifique función principal: <b>Áreas Técnicas</b>
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: <b>Secretaría de Salud</b>	Fecha de ingreso: <b>1 de Marzo de 2001</b>
Área de adscripción / Área: <b>Dirección General de Medicamentos e Insumos</b>	Fecha de egreso: <b>15 de Diciembre de 2003</b>
	Lugar donde se ubica: <b>México</b>

## 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): **37,498.00**

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): **37,498.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **Si**

Fecha de inicio: **(Ninguno)**

Fecha de salida: **(Ninguno)**

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): **(Ninguno)**

II - OTROS INGRESOS DEL DECLARANTE, RECIBIDOS DURANTE EL TIEMPO EN EL QUE SE DESEMPEÑÓ COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR (SUMA DEL II.1 AL II.5): **(Ninguno)**

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

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

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

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **(Ninguno)**

A. Ingreso neto del declarante recibido en el año inmediato anterior (suma del numeral I y II): **(Ninguno)**