



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARTHA SANCHEZ FLORES** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2021

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Martha Sanchez Flores**

Correo electrónico institucional: **marthasan_123@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Administración de Organizaciones de la Salud**

Institución educativa: **la Salle**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Agosto de 2019**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialista en Enfermería del Adulto en Estado Crítico**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **26 de Febrero de 2009**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciada en Enfermería y Obstetricia**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **26 de Abril de 2007**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital Materno-Infantil Inguaran**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **680**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Abril de 1990** Teléfono de oficina y extensión: **5557954281**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Estano**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **307**

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

Colonia/Localidad: **Felipe Ángeles**

Código postal: **15310**

Entidad federativa: **None**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto de Salud del Estado de México

Área de adscripción / Área: **Hospital Gustavo baz Prada**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera Especialista**

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

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2009**

Fecha de egreso: **23 de Diciembre de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Consejo de la Judicatura Federal

Área de adscripción / Área: **Servicio Medico**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera Especializada**

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

Fecha de ingreso: **28 de Octubre de 2020**

Fecha de egreso: **31 de Octubre de 2021**

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): **995,922.00**

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): **995,922.00**