



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA DE JESUS GARDUÑO BASTIDA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **María de Jesus Garduño Bastida**

Correo electrónico institucional: **mariadejesusgrd7@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermería**

Institución educativa: **Suayet Eneo**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **13 de Julio de 2019**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud Tiii san Miguel Teotongo**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera General Titulada "a"**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Octubre de 2012**

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

Calle: **Jacarandas**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **san Miguel Teotongo Sección Jardines**

Código postal: **09630**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 6952**

---

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Servicios de Salud de Hospitales**

Área de adscripción / Área: **Hospital Pediátrico Moctezuma**

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

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

Fecha de ingreso: **16 de Julio de 2003**

Fecha de egreso: **16 de Marzo de 2009**

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:  
**Instituto Mexicano del Seguro Social**

Área de adscripción / Área: **Centro Medico Nacional Siglo xxi**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 1989**

Fecha de egreso: **15 de Julio de 2003**

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): **274,443.00**

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): **274,443.00**