



Declaración pública **Declaración de modificación** de **GRACIELA URIBE TREJO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México en 2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Graciela Uribe Trejo**

Correo electrónico institucional: **subepi.galosp@sersalud.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina Familiar con Programa Operativo en Atención Primaria de la Salud** Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Secretaría de Salud**

Fecha: **31 de Julio de 1991**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **31 de Julio de 1986**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Enfermería**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **15 de Diciembre de 1917**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Calzada Camarones**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **c. s. T-ii dr. Galo Soberon y Parra**

Número exterior: **485**

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

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

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

Colonia/Localidad: **Sindicato Mexicano de Electricistas**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Especialista c**

Código postal: **02060**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 1991** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6164**

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 Medicos de Sonora

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Miguel de la Madrid**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico General**

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

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 1991**

Fecha de egreso: **1 de Mayo de 1991**

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 Nacional de Ortopedia

Área de adscripción / Área: **Instituto Nacional de Ortopedia**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Supervisor de Enfermeria**

Especifique función principal: **Otro - Supervision de Docencias Operativas**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 1978**

Fecha de egreso: **1 de Enero de 1987**

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): **595,746.00**

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): **595,746.00**