



Declaración pública **Declaración de modificación** de **KATIA GONZALEZ JUAREZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Katia Gonzalez Juarez**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Psicología**

Institución educativa: **Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Agosto de 2018**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Bachillerato**

Institución educativa: **Preparatoria Oficial no. 81**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **15 de Julio de 2010**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Cultora de Belleza**

Institución educativa: **Cedava**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **4 de Septiembre de 2009**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Secundaria**

Institución educativa: **Secundaria No.439 Aquiles Serdan**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **6 de Julio de 2007**

Nivel: **Primaria**

Carrera: **Primaria**

Institución educativa: **Gregorio Torres Quintero**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **9 de Julio de 2004**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **nte 94**

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

Número interior: **s/n**

Área de adscripción: **Uneme Capa la Malinche**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

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

Colonia/Localidad: **la Malinche**

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

Código postal: **07899**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2021** Teléfono de oficina y extensión: **5526033493**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Psicóloga**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Apoyo Psicológico Integral

Fecha de ingreso: **2 de Febrero de 2019**

Fecha de egreso: **2 de Enero de 2021**

Área de adscripción / Área: **Ejecutiva**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

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): **60,000.00**

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): **60,000.00**