



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MONICA LUNA DE LOS SANTOS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Monica Luna de los Santos**

Correo electrónico institucional: **p.salud04@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Promoción de la Salud**

Institución educativa: **Universidad Autónoma de la Ciudad de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **18 de Octubre de 2013**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Prótesis Dental**

Institución educativa: **Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicios no. 57**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **1 de Julio de 2004**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **cs tii lic Gabriel Ramos Millan**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Promotora en Salud**

Especifique función principal: **Otro - Promotora de la Salud**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Marzo de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **5556486696**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **sur 159**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Iztacalco**

Colonia/Localidad: **Gabriel Ramos Millán**

Código postal: **08730**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Antonio Díaz Ramirez

Fecha de ingreso: **4 de Abril de 2015**

Fecha de egreso: **28 de Diciembre de 2018**

Área de adscripción / Área: **Administrativa**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Rene**
Mauricio Nuñez Grimaldo

Fecha de ingreso: **7 de Enero de 2019**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2020**

Área de adscripción / Área: **Administrativa**

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): **135,473.00**

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): **135,473.00**