Declaracion pública **Declaración de modificación** de **Maria Gilma Arroyave Loaiza** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Maria Gilma Arroyave Loaiza**

Correo electrónico institucional: **gilma.arroyave@salud.cdmx:gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Economía**

Institución educativa: **Universidad Autónoma Latinoamerican**

Ubicación: **Extranjero**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **15 de Diciembre de 1981**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Medicina Social**

Institución educativa: **Universidad Autónoma Latinoamerican**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Abril de 1984**

Nivel: **Doctorado**

Carrera: **Doctorado en Ciencia Política**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Trunco**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialización en Proyectos de Inversión**

Institución educativa: **Instituto Nacional de Administración Pública**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **7 de Diciembre de 1997**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Secretaría de Salud Ciudad de México**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Actividades de Apoyo Administrativo**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2021**

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

Calle: **av. Insurgentes Norte**

Número interior: **Piso 22**

Número exterior: **423**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Código postal: **06900**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5551321250 - 1005**

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: **Imss**

Área de adscripción / Área: **Dirección de Prestaciones Médicas**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de División**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **16 de Febrero de 2007**

Fecha de egreso: **28 de Febrero 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: **Pemex**

Área de adscripción / Área: **Subdirección Médica**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Coordinador a. Especialidad Técnica**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2004**

Fecha de egreso: **15 de Febrero de 2007**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Dirección General de Medicamentos e Insumos**

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2001**

Fecha de egreso: **15 de Diciembre de 2003**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **gnp**

Área de adscripción / Área: **Médica Integral**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirectora de Desarrollo Médico**

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 1999**

Fecha de egreso: **15 de Enero de 2001**

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

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: **Imss**

Área de adscripción / Área: **Dirección de Prestaciones Médicas**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Área de Investigación**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 1997**

Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 1999**

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): **468,382.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **89,254.00**

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): **89,254.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Profesora asifnatura A en la UNAM**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **557,636.00**