

Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA ISABEL GOMEZ GARCIA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2022

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Maria Isabel Gomez Garcia**

Correo electrónico institucional: **gogi660708@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **23 de Septiembre de 2004**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **23 de Septiembre de 2004**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **av. Mexico Coyoacan Esq. Bruno Traven**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Área de Urgencias**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Benito Juárez**

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

Colonia/Localidad: **General Pedro María Anaya**

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

Código postal: **03340**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **19 de Diciembre de 2007**

Teléfono de oficina y extensión: **5556041104**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Rural 15 Imss Charcas san Luis Potosí

Área de adscripción / Área: **Medicina Familiar**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 1995**

Fecha de egreso: **30 de Mayo de 1996**

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:
Unidad Medica Rural Cerritos de Bernal

Área de adscripción / Área: **n34 Medico General 80**

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

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

Fecha de ingreso: **17 de Febrero de 1997**

Fecha de egreso: **31 de Enero 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): **111,573.00**

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): **111,573.00**