

Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARTHA CRUZ SANCHEZ** en el puesto **COORDINADOR "A" U HOMOLOGO (A)** en **Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno CDMX** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Martha Cruz Sanchez**

Correo electrónico institucional: **martha.cruz@cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestria en Ciencias de la Salud con Area de Concentracion en Epidemiología**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Junio de 2011**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **31 de Mayo de 2005**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno Cdmx**

Área de adscripción: **Servicios de Salud y Cuidados Personales**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Coordinadora de Servicios de Salud y Cuidados Personales**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Septiembre de 2020**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Avenida Insurgentes Norte**

Número interior: **Anexo 1**

Número exterior: **423**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **san Simón Tolnáhuac**

Código postal: **06920**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **57410590**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno Cdmx

Área de adscripción / Área: **Coordinacion de Servicios de Salud y de Cuidados Personales**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Coordinadora de los Servicios de Salud y de Cuidados Personales**

Especifique función principal: **Otro - Vigilancia Sanitaria**

Fecha de ingreso: **16 de Septiembre de 2020**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2022**

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:
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno Cdmx

Área de adscripción / Área: **Coordinacion de Servicios de Salud y de Cuidados Personales**

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2020**

Fecha de egreso: **15 de Septiembre de 2020**

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:
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno Cdmx

Área de adscripción / Área: **Coordinacion de Servicios de Salud y de Cuidados Personales**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Servicios Profesionales**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2019**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2020**

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: **Direccion de Coordinacion y Desarrollo Sectorial**

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **16 de Junio de 2014**

Fecha de egreso: **14 de Diciembre de 2018**

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: **Direccion de Coordinacion y Desarrollo Sectorial**

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **2 de Julio de 2012**

Fecha de egreso: **13 de Junio de 2014**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante, pareja y/o dependientes económicos

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): **126,000.00**

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): **126,000.00**

Bienes inmuebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Bienes muebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Vehículos

Todos los datos de vehículos declarados a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos

Todos los datos de las inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Adeudos / Pasivos

Todos los datos de los adeudos / pasivos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos

No aplica

Préstamo o comodato por terceros

No aplica

II. DECLARACIÓN DE INTERESES

Participación en empresas, sociedades o asociaciones (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en empresas, sociedades o asociaciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

¿Participa en la toma de decisiones de alguna de estas instituciones? (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en alguna de estas instituciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Apoyos o beneficios públicos (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Representación (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de representación de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Clientes principales (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de clientes principales de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Beneficios privados (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Participación en Fideicomisos (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de participación en fideicomisos de pareja o dependiente economico no serán públicos.

No aplica