

Declaración pública **Declaración de modificación** de **MIGUEL ADRIAN GONZALEZ NORIEGA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Miguel Adrian Gonzalez Noriega**

Correo electrónico institucional: **magonzalezn@sersalud.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Ciencias Sociomédicas**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **26 de Octubre de 2016**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **31 de Enero de 2012**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Insurgentes Norte**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Dirección de Atención Médica**

Número exterior: **423**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

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

Código postal: **06900**

Especifique función principal: **Otro - Sector Salud**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Septiembre de 2020**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 5460**

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:
Servicios de Salud Publica de la Ciudad de Mexico

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud t3 Cuajimalpa**

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

Especifique función principal: **Otro - Servicios de Salud**

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2019**

Fecha de egreso: **31 de Agosto de 2020**

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:
Comisión Nacional de Proteccion Social en Salud

Área de adscripción / Área: **Dirección General de Gestion de Servicios de Salud**

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

Especifique función principal: **Otro - Sector Salud**

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2018**

Fecha de egreso: **31 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:
Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Área de adscripción / Área: **Dirección de Atención Médica**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Encargado de la Subdireccion de Vinculación y Enlace**

Especifique función principal: **Otro - Atención en Salud**

Fecha de ingreso: **1 de Septiembre de 2020**

Fecha de egreso: **30 de Septiembre 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:
Instituto de Salud Para el Bienestar

Área de adscripción / Área: **Unidad Nacional de Coordinación Médica**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirector de Unidades de Primer Nivel de Atención**

Especifique función principal: **Otro - Coordinación de Servicios de Salud**

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2021**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2021**

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): **490,563.00**

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): **490,563.00**