



Declaración pública **Declaración de modificación** de **CLAUDIA GOMEZ MARIN** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Azcapotzalco** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Claudia Gomez Marin**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Pediatra**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Hospital Infantil de Mexico**

Fecha: **10 de Enero de 2013**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medica Cirujana**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **5 de Junio de 2008**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Avenida Azcapotzalco**

Nombre del ente público: **Alcaldía Azcapotzalco**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Urgencias**

Número exterior: **731**

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

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

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

Colonia/Localidad: **Centro de Azcapotzalco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Pediatra**

Código postal: **02000**

Especifique función principal: **Otro - Atencion al Paciente**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2022** Teléfono de oficina y extensión: **5555610891**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Durango

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2018**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2020**

Área de adscripción / Área: **Urgencias**

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): **386,707.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **21,574.00**

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): **21,574.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **consulta médica**

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): **408,281.00**