



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA DEL CARMEN SANTIAGO RIVERA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **María del Carmen Santiago Rivera**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Químico Bacteriologo y Parasitologo**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Fecha: **15 de Marzo de 2000**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Tecnico Laboratorista Clinico**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Fecha: **31 de Mayo de 1995**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Secundaria**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Tecnica no. 5**

Fecha: **30 de Junio de 1987**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Primaria**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **sep**

Fecha: **26 de Junio de 1984**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Cecilio Robelo y sur 103**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital General Balbuena**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

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

Colonia/Localidad: **Aeronáutica Militar**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **630**

Código postal: **15970**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Agosto de 2003**

Teléfono de oficina y extensión: **5550352250**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

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

Fecha de ingreso: **15 de Enero de 2001**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2005**

Área de adscripción / Área: **Laboratorio Clínico**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Tecnico Laboratorista Clinico**

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

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 1997**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 1997**

Área de adscripción / Área: **Laboratorio Clínico**

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): **230,069.00**

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): **230,069.00**