

Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA ELENA DE JESUS TRUJILLO ANDRADE** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Maria Elena de Jesus Trujillo Andrade**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Medicina, Master Universitario Europeo en Discapacidades**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Universidad Nacional de Educación a Distancia de España en Colaboración con la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **25 de Abril de 2005**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina, Especialista en Salud Publica**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A.C.**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **18 de Agosto de 2017**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médica General**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, U.N.A.M.**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **19 de Febrero de 1997**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **san Simon**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Centro de Salud Tiii Portales**

Número exterior: **94**

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

Municipio/Alcaldía: **Benito Juárez**

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

Colonia/Localidad: **san Simón Ticumac**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Médica de Módulo**

Código postal: **03660**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2011** Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 6228**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Parexel Clinical Research

Área de adscripción / Área: **Investigación Clínica**

R.F.C. (Si es sector privado): **PME051004TYA**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Asociada de Investigación Clínica**

Fecha de ingreso: **14 de Noviembre de 2007**

Fecha de egreso: **1 de Agosto de 2010**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Fractals Clinical Research

Área de adscripción / Área: **Investigación Clínica**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Asociada de Investigación Clínica**

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2005**

Fecha de egreso: **1 de Marzo de 2007**

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

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:
Centro de Infancia y Adolescencia

Área de adscripción / Área: **Sistema de Información**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Supervisor Medico en Área Normativa**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2004**

Fecha de egreso: **1 de Febrero de 2005**

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:
Dirección General de Epidemiología

Área de adscripción / Área: **Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Supervisor Medico en Área Normativa**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 1998**

Fecha de egreso: **1 de Julio de 2004**

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): **487,178.00**

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): **487,178.00**