Declaracion pública **Declaración de modificación** de **MONICA ADORACION GONZALEZ ROSALES** 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): **Monica Adoracion Gonzalez Rosales**

Correo electrónico institucional: **monicadora@hotmail.com**

**Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Clínica Psicoanalítica**

Institución educativa: **Centro Universitario Emmanuel Kant**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **22 de Junio de 2021**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Psicología**

Institución educativa: **Universidad del Desarrollo Empresarial y Pedagógico Univdep**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **11 de Mayo de 2017**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Economía**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **25 de Mayo de 2001**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Trabajo Social**

Institución educativa: **imc Escuela Superior de Certificación y Capacitación**

Ubicación: **México**

Estatus: **Cursando**

---

**Datos del empleo, cargo o comisión**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Dirección de Promoción de la Salud**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Salud**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 1991**

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

Calle: **Insurgentes Norte**

Número interior: **Piso 4**

Número exterior: **423**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **san Simón Tolnáhuac**

Código postal: **06920**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 1601**

**Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

No aplica

**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): **372,415.00**

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): **372,415.00**