



Declaración pública **Declaración de modificación** de **GABRIELA FLORES CASTRO** 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): **Gabriela Flores Castro**

Correo electrónico institucional: **ybagflores06@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autónoma de México**

Fecha: **30 de Marzo de 2017**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Universidad Autónoma de México**

Fecha: **14 de Julio de 2006**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Secundaria #31 dr Alfonso Pruneda**

Fecha: **9 de Julio de 2001**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Esc.Primaria Independencia Económica de México**

Fecha: **6 de Julio de 1998**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **av. Jose Maria Morelos y Pavon**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **C.S.T-Ii Santa ana Tlacotenco**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Milpa Alta**

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

Colonia/Localidad: **Villa Milpa Alta Centro**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General a**

Código postal: **12000**

Especifique función principal: **Otro - Medico**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 2020**

Teléfono de oficina y extensión: **555038170 - 7430**

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:
Farmacia Genericos y SimilaresFecha de ingreso: **14 de Febrero de 2020**Fecha de egreso: **30 de Julio de 2020**Área de adscripción / Área: **Medico**Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declaranteI - Remuneración anual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)
(Cantidades netas después de impuestos): **33,449,292.00**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): **33,449,292.00**