



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ESMERALDA BERENICE ZUÑIGA DE LOS SANTOS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Esmeralda Berenice Zuñiga de los Santos**

Correo electrónico institucional: **esme_zui@yahoo.com.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Especialista en Atención Primaria**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **25 de Enero de 2024**

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: **Agustin Lara**

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

Número interior: **sn**

Área de adscripción: **Centro de Salud T-li san Jose**

Número exterior: **sn**

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

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

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

Colonia/Localidad: **san José**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Cirujano Dentista Tipo a**

Código postal: **13020**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Septiembre de 2015**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7570**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Cirujano Dentista Tipo a**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

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

Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Fecha de ingreso: **16 de Septiembre de 2015**

Fecha de egreso: **28 de Diciembre de 2022**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud t ii san José**

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): **299,707.00**

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): **299,707.00**