



Declaración pública **Declaración de modificación** de **SAMANTHA GALEANA LOPEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicio de Transportes Eléctricos** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Samantha Galeana Lopez**

Correo electrónico institucional: **mcsamantha10@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano**

Institución educativa: **Facultad de Estudios Superiores Zaragoza**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **9 de Septiembre de 2021**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Biologicas**

Institución educativa: **Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Oriente**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **6 de Agosto de 2012**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatat**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Servicio de Transportes Eléctricos**

Área de adscripción: **Gerencia de Administración de Capital**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Atención a la Salud de los Trabajadores.**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Septiembre de 2022**

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

Calle: **Municipio Libre**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **402**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **san Andrés Tetepilco**

Código postal: **09440**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5525950000 - 277**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Área de adscripción / Área: **Segundo Piso**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico de Guardia**

Fecha de ingreso: **15 de Febrero de 2021**

Fecha de egreso: **17 de Agosto de 2022**

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:
Clínica de Especialidades dr. Corona

Área de adscripción / Área: **Consulta**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico de Guardia**

Fecha de ingreso: **16 de Abril de 2019**

Fecha de egreso: **26 de Marzo de 2021**

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

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): **68,302.00**

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): **68,302.00**