



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA NATHALI MORAN GARCIA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **María Nathali Moran Garcia**

Correo electrónico institucional: **naty21051984@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Institución educativa: **Colegio de Estudios Superiores de Vanguardia Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **17 de Septiembre de 2021**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Salud**

Área de adscripción: **Hospital General la Villa**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera General**

Especifique función principal: **Otro - Atención a Pacientes**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 2023** Teléfono de oficina y extensión: **5555778867 - 000**

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

Calle: **Av.San Juan de Aragon 285 col Granjas Modernas**

Número interior: **0**

Número exterior: **285**

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

Colonia/Localidad: **Granjas Modernas**

Código postal: **07460**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Secretaria de Salud de la Cdmx**

Área de adscripción / Área: **Hospital General la Villa**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera General Titulada a**

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

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2023**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2024**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Secretaria de Salud de la Cdmx**

Área de adscripción / Área: **Hospital General la Villa**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera General Titulada a**

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

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2023**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2024**

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): **223,056.00**

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): **223,056.00**