



Declaración pública **Declaración de modificación** de **PATRICIA CASTRO GONZALEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Patricia Castro Gonzalez**

Correo electrónico institucional: **pcastro@sersalud.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad Salud Publica**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas A.C.**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **29 de Octubre de 2019**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico General**

Institución educativa: **Escuela Superior de Medicina del ipn**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **29 de Octubre de 2007**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud T-iii**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Medico General a**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Agosto de 2012**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaria de Salud Publica de la Ciudad de Mexico

Área de adscripción / Área: **Clinica Comunitaria Santa Catarina**

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

Calle: **Villa Buena de Alaba**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Desarrollo Urbano Quetzalcoatl**

Código postal: **09700**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico General a**

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

Fecha de ingreso: **3 de Mayo de 2011**

Fecha de egreso: **1 de Agosto de 2012**

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): **454,003.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **56,072.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **56,072.00**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL **PATRICIA CASTRO GONZALEZ**
TIPO DE NEGOCIO **farmacia**

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): **510,075.00**