



Declaración pública **Declaración de modificación** de **IVONEE MELENDEZ MARTINEZ** 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): **Ivonee Melendez Martinez**

Correo electrónico institucional: **ivmat12supreme@gmail.com**

### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Promoción de la Salud**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autónoma de la Ciudad de México**

Fecha: **16 de Febrero de 2022**

Ubicación: **México**

---

### **Datos del empleo, cargo o comisión**

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Carlos a. Vidal**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **sin Numero**

Área de adscripción: **Archivo Clínico**

Número exterior: **sin Numero**

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

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Colonia/Localidad: **san Francisco Tlalenco**

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

Código postal: **13400**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Marzo de 2022** Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 7504**

### **Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Toma de Muestras Covid-19**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Medical Divises Supplier**

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2021**

Fecha de egreso: **15 de Abril de 2021**

Área de adscripción / Área: **Toma de Muestras**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Administrativo**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Ellas en Escena ac**

Fecha de ingreso: **15 de Mayo de 2017**

Fecha de egreso: **14 de Septiembre de 2020**

Área de adscripción / Área: **Coordinación Logística**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Promotora de Salud**

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 de la Ciudad de México**

Fecha de ingreso: **3 de Mayo de 2021**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2021**

Área de adscripción / Área: **Subdirección de Promoción de la 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): **88,405.00**

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): **88,405.00**