



Declaración pública **Declaración de conclusión** de **EDITH MORALES 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): **Edith Morales Martinez**

Correo electrónico institucional: **hermy_0305@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Homeopata**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **5 de Febrero de 2015**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Medico Biologicas**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **12 de Julio de 2007**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Secundaria**

Institución educativa: **Secretaria de Educacion Publica**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **11 de Julio de 2007**

Nivel: **Primaria**

Carrera: **Primaria**

Institución educativa: **Secretaria de Educacion Publica**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **12 de Julio de 2001**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Tecnico Laboratorista Clinico**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **19 de Julio de 2007**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal** Domicilio del empleo, cargo o comisión: **México**
Ambito público: **Órgano Autónomo** Calle: **Benito Juarez**
Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**
Área de adscripción: **Jurisdiccion Sanitaria Xochimilco** Número exterior: **2**
Empleo, cargo o comisión: **Operativo u Homologo (a)** Municipio/Alcaldía: **Xochimilco**
¿Es contrato(a) por honorarios?: **no** Colonia/Localidad: **Barrio el Rosario**
Nivel del empleo, cargo o comisión: **Coordinador en Areas de la Salud c** Código postal: **16070**
Especifique función principal: **Atención Directa al Público** Entidad federativa: **Ciudad de México**
Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2021** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7802**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Farmacia de Genericos Medifarma san Gregorio** Fecha de ingreso: **12 de Junio de 2018**
Área de adscripción / Área: **Medica** Fecha de egreso: **29 de Enero de 2020**
R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)** Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico de Consulta Externa Urgencias Adultos**
Nivel / Orden de gobierno: **Federal** Especifique función principal: **Atención Directa al Público**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Issste Hospital Regional Lic. Adolfo Lopezmateos** Fecha de ingreso: **16 de Septiembre de 2015**
Área de adscripción / Área: **Medica** Fecha de egreso: **6 de Abril de 2017**
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico de Modulo Tipo a**
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal** Especifique función principal: **Atención Directa al Público**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Secretaria de Salud de la Cdmx** Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2017**
Área de adscripción / Área: **Medica** Fecha de egreso: **8 de Agosto de 2018**
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico de Consultorio**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Farmacia de Genericos Dios es Bondadoso** Fecha de ingreso: **25 de Septiembre de 2014**
Área de adscripción / Área: **Medica** Fecha de egreso: **15 de Septiembre de 2017**
R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)** Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**
Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante, pareja y/o dependientes económicos

I - Remuneración neta del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **254,463.00**

II - Otros ingresos 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 del declarante del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión (suma del numeral I y II): **254,463.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **Si**

Fecha de inicio: **(Ninguno)**

Fecha de salida: **(Ninguno)**

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): **(Ninguno)**

II - Otros ingresos del declarante (Suma del II.1 al II.5): **(Ninguno)**

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

II.2 - Por actividad financiera (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **(Ninguno)**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **(Ninguno)**