



Declaración pública **Declaración de modificación** de **GUADALUPE SARAHI URBINA GRANADOS** en el puesto **DIRECTOR "B" 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): **Guadalupe Sarahi Urbina Granados**

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

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Medicina**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autónoma Metropolitana**

Fecha: **31 de Mayo de 2019**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Especialidad en Administración de Organizaciones de Salud**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Universidad la Salle**

Fecha: **26 de Marzo de 2021**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Administración de Organizaciones de Salud**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Universidad la Salle**

Fecha: **30 de Junio de 2022**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Cerrada Juarez**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Dirección General de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Número exterior: **sin Numero**

Empleo, cargo o comisión: **Director "b" u Homologo(A)**

Municipio/Alcaldía: **Cuajimalpa de Morelos**

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

Colonia/Localidad: **Cuajimalpa**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Directora de la Jurisdicción Sanitaria Cuajimalpa**

Código postal: **05000**

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 2021**

Teléfono de oficina y extensión: **5551381700 - 6602**

### 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:  
**Secretaría de Salud**

Área de adscripción / Área: **Nivel Central**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirectora de Procesos**

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

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2018**

Fecha de egreso: **30 de Marzo de 2020**

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:  
**Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Cuajimalpa**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirectora de Atención Médica**

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

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2020**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2021**

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:  
**Secretaría de Salud**

Área de adscripción / Área: **Subdirección de Prestación de Servicios Médicos**

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

Especifique función principal: **Otro - Promoción de Salud**

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2016**

Fecha de egreso: **1 de Febrero de 2019**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Cuajimalpa**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Direccion Jurisdiccional**

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

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2022**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2023**

Lugar donde se ubica: **México**

#### **Ingresos netos del declarante, pareja y/o dependientes económicos**

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): **846,779.00**

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): **846,779.00**

#### **Bienes inmuebles**

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

#### **Bienes muebles**

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

#### Vehículos

Todos los datos de vehículos declarados a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

#### Inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos

Todos los datos de las inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos.

Institución o razón social: **Grupo Bursatil Mexicano**

R.F.C. De la institución: **GGB080116EZ0**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Valores Bursátiles**

Subtipo de inversión: **Acciones y Derivados**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: **Declarante**

¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:  
**México, Ciudad de México**

---

#### Adeudos / Pasivos

Todos los datos de los adeudos / pasivos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos

No aplica

#### Préstamo o comodato por terceros

No aplica

## II. DECLARACIÓN DE INTERESES

#### Participación en empresas, sociedades o asociaciones (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en empresas, sociedades o asociaciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

#### ¿Participa en la toma de decisiones de alguna de estas instituciones? (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en alguna de estas instituciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

#### Apoyos o beneficios públicos (hasta los 2 últimos años)

No aplica

#### Representación (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de representación de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

#### Clientes principales (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de clientes principales de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

#### Beneficios privados (hasta los 2 últimos años)

No aplica

#### Participación en Fideicomisos (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de participación en fideicomisos de pareja o dependiente economico no serán públicos.

No aplica