

Declaración pública **Declaración de modificación** de **LETICIA MUÑOZ FLOR** en el
puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Leticia Muñoz Flor**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Junio de 2005**

Datos del empleo, cargo o comisión

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud Tiii México España**

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 - Encargada del Área de Epidemiología**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Diciembre de 2021**

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

Calle: **Mariano Escobedo**

Número interior: **na**

Número exterior: **148**

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

Colonia/Localidad: **Anáhuac i Sección**

Código postal: **11320**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 7381**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatel**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud tii "Dr. Manuel Gutierrez Zavala"**

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

Especifique función principal: **Otro - Encargada del Área de Epidemiología**

Fecha de ingreso: **1 de Septiembre de 2020**

Fecha de egreso: **1 de Junio de 2021**

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 Publica de la Cdmx

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Tiii Mexico España**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Responsable del Área de Epidemiología**

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

Fecha de ingreso: **1 de Diciembre de 2021**

Fecha de egreso: **31 de Mayo 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): **268,800.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **239,000.00**

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): **239,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **PENSION ALIMENTICIA**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **507,800.00**