



Declaración pública **Declaración de modificación** de **GLORIA BERENICE GUTIERREZ JUAREZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2021

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Gloria Berenice Gutierrez Juarez**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Cirujana Dentista**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **21 de Junio de 2001**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Odontología (Ortodoncia)**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **9 de Junio de 2005**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Administracion**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Latinoamericana Campus Valle**

Fecha: **20 de Febrero de 2017**

Ubicación: **México**

Nivel: **Doctorado**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Gobierno y Administracion Publica**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Escuela Libre de Ciencias Politicas y Administracion Pública de Oriente**

Fecha: **17 de Marzo de 2020**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Dirección de Servicios Médicos Legales y en Centros de Readaptación Social**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Cirujano Dentista "b"**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Octubre de 2005**

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

Calle: **Calle Reforma**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sin Número**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Lomas de San Lorenzo**

Código postal: **09780**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5554436555**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

No aplica

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): **441,834.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **26,265.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **425.00**

TIPO DE INSTRUMENTO QUE GENERÓ EL RENDIMIENTO O GANANCIA **OTRO**
OTRO PAGARE BANCARIO

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **25,840.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **HONORARIOS ODONTOLÓGICOS**

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): **468,099.00**