



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA DOLORES GAMBOA PEREZ** 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): **María Dolores Gamboa Perez**

Correo electrónico institucional: **dolgam57@hotmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **29 de Mayo de 1986**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud T-li Cuchilla Pantitlan**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **M02106 - Medico General**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Septiembre de 2014**

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

Calle: **Privada de Estano**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **43**

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

Colonia/Localidad: **Cuchilla Pantitlán**

Código postal: **15610**

Entidad federativa: **None**

Teléfono de oficina y extensión: **5555264352**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Consulorio**

Área de adscripción / Área: **Consultorio**

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

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

Fecha de ingreso: **7 de Enero de 1987**

Fecha de egreso: **20 de Agosto de 2012**

Sector al que pertenece: **Servicios de 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): **593,036.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **125,984.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **125,984.00**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL **Servicios medicos de la Alcaldia Benito Juarez**  
TIPO DE NEGOCIO **Consultorio Medico**

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): **719,020.00**