



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JOSE SANABRIA VILLASANA** 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): **Jose Sanabria Villasana**

Correo electrónico institucional: **jsanabria@sersalud.df.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Contador Publico**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Escuela Bancaria y Comercial**

Fecha: **15 de Abril de 1985**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Diplomado en Administración Publica**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Sep, Servicios de Salud Publica del D.F.**

Fecha: **27 de Enero de 2018**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Guillermo Prieto**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **s/n**

Área de adscripción: **C.S.T-Iii "2 de Octubre"**

Número exterior: **73**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztacalco**

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

Colonia/Localidad: **Campamento 2 de Octubre**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Administrador de Centro de Salud**

Código postal: **08930**

Especifique función principal: **Administración de Bienes**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2022** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6732**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Área de adscripción / Área: **Clinica de Geriatria**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Administrador Clínica de Geriatria**

Especifique función principal: **Administración de Bienes**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2017**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2019**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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 lic Gabriel Ramos Millan**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Administrador de Centro de Salud**

Especifique función principal: **Administración de Bienes**

Fecha de ingreso: **16 de Abril de 2013**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2017**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Salud

Área de adscripción / Área: **Dirección de Atención Médica**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Lider Coordinador de Proyectos**

Especifique función principal: **Otro - Asistente de Dirección**

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2009**

Fecha de egreso: **15 de Agosto de 2013**

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 Publica de la Ciudad de Mexico

Área de adscripción / Área: **C.S. T-Iii dr. Luis Mazzotti Galindo**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Administrador de Centro de Salud**

Especifique función principal: **Administración de Bienes**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2019**

Fecha de egreso: **31 de Marzo de 2022**

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): **393,683.00**

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): **393,683.00**