



Declaración pública **Declaración de modificación** de **IRIAM ANAIS GONZALEZ HIDALGO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2024

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Iriam Anais Gonzalez Hidalgo**

Correo electrónico institucional: **iriam.gonzalez@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad de Carabobo**

Ubicación: **Extranjero**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **2 de Diciembre de 2011**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialista en Cirugía General**

Institución educativa: **Ministerio del Poder Popular Para la Salud**

Ubicación: **Extranjero**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **7 de Diciembre de 2016**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Administracion de Hospitales**

Institución educativa: **Universidad Chapultepec**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **25 de Marzo de 2023**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital General Enrique Cabrera**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **23 de Abril de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **5512857100**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Avenida 5 Mayo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **3170**

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

Colonia/Localidad: **Ex-Hacienda de Tarango**

Código postal: **01618**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Unifar c.a

Fecha de ingreso: **27 de Agosto de 2018**

Fecha de egreso: **9 de Diciembre de 2019**

Área de adscripción / Área: **Servicios de Salud**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Fecha de ingreso: **4 de Enero de 2021**

Fecha de egreso: **15 de Abril de 2022**

Área de adscripción / Área: **Centros de Atencion Temporal de Covid**

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): **345,720.00**

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): **345,720.00**