

Declaración pública **Declaración inicial** de **MARIA GRISELDA LIZBETH COLLADO ARCE** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Maria Griselda Lizbeth Collado Arce**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Neurocirugía**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Febrero de 2015**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Cirugia de Columna**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **28 de Febrero de 2018**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Administracion de Hospitales y Salud Publica**

Institución educativa: **Iesap**

Ubicación: **México**

Estatus: **Cursando**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital General la Villa**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Galeno Salud**

Especifique función principal: **Otro - Cirujana de Columna**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **21 de Junio de 2018**

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

Calle: **Calzada san Juan de Aragon**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **285**

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

Colonia/Localidad: **Granjas Modernas**

Código postal: **07460**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **55773779**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Medica sur

Fecha de ingreso: **10 de Abril de 2009**

Fecha de egreso: **1 de Marzo de 2017**

Área de adscripción / Área: **Medico Staff**

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: **Público**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Neurocirujana**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes Imss

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2015**

Fecha de egreso: **1 de Julio de 2017**

Área de adscripción / Área: **Neurocirugia**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Neurocirujana**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital General de Zona No.25

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2017**

Fecha de egreso: **15 de Julio de 2017**

Área de adscripción / Área: **Neurocirugia**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)
(Cantidades netas después de impuestos): **40,000.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **12,000.00**

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

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **12,000.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **SERVICIOS MEDICOS PARTICULARES**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **52,000.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **Si**

Fecha de inicio: **(Ninguno)**

Fecha de salida: **(Ninguno)**

I - REMUNERACIÓN ANUAL NETA DEL DECLARANTE POR SU CARGO PÚBLICO (POR CONCEPTO DE SUELDOS, HONORARIOS, COMPENSACIONES, BONOS, AGUINALDOS Y OTRAS PRESTACIONES) (CANTIDADES NETAS DESPUÉS DE IMPUESTOS): **(Ninguno)**

II - OTROS INGRESOS DEL DECLARANTE, RECIBIDOS DURANTE EL TIEMPO EN EL QUE SE DESEMPEÑÓ COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR (SUMA DEL II.1 AL II.5): **(Ninguno)**

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

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **(Ninguno)**

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

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **(Ninguno)**

A. Ingreso neto del declarante recibido en el año inmediato anterior (suma del numeral I y II): **(Ninguno)**