

Declaración pública **Declaración de modificación** de **STEPHANIE GIOVANNA MARTINEZ MORALES** 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): **Stephanie Giovanna Martinez Morales**

Correo electrónico institucional: **sgmm0914@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Bachillerato**

Institución educativa: **Colegio de Bachilleres Plantel 3 Iztacalco**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **12 de Julio de 2012**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Informática Administrativa**

Institución educativa: **Instituto Mexicano de Estudios Superiores de Posgrado**

Ubicación: **México**

Estatus: **Trunco**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **C.S. T-iii Beatriz Velasco de Aleman**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Auxiliar en Archivo Clínico y Estadística**

Especifique función principal: **Otro - Administrativo**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2016**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza**

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

Calle: **Ingeniero Eduardo Molina Esquina Peluqueros**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sn**

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

Colonia/Localidad: **20 de Noviembre**

Código postal: **15300**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7721**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Apoyo Administrativo en Salud a-1 (Eventual)**

Especifique función principal: **Otro - Administrativo**

Fecha de ingreso: **3 de Junio de 2013**

Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 2016**

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): **268,150.00**

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): **268,150.00**