



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIO GOMEZ ZEPEDA** 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): **Mario Gomez Zepeda**

Correo electrónico institucional: **dr.mariogz@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **21 de Octubre de 2004**

---

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Epidemiologia**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **14 de Febrero de 2008**

---

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Salud Publica**

Institución educativa: **Instituto Nacional de Salud Publica**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **31 de Julio de 2012**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Servicios de Salud Publica de la Ciudad de Mexico** Número exterior: **24**

Empleo, cargo o comisión: **Operativo u Homologo (a)** Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

¿Es contrato(a) por honorarios?: **no** Colonia/Localidad: **Delegación Política Cuauhtémoc**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Especialista a** Código postal: **06357**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público** Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2021** Teléfono de oficina y extensión: **50381700**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Director de Prevencion**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

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

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2020**

Área de adscripción / Área: **Centro Nacional Parala Prevencion y el Control del vih y el Sida**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 2022**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

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

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

Fecha de ingreso: **16 de Mayo de 2019**

Área de adscripción / Área: **Wellness Center Ciudad de Mexico**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 2020**

R.F.C. (Si es sector privado): **AIG041217PW1**

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

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Clinical Diagnostics Consulting**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Qiagen Mexico s. de R.L. de C.V.**

Fecha de ingreso: **1 de Septiembre de 2017**

Área de adscripción / Área: **Marketing**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2019**

R.F.C. (Si es sector privado): **QME080108A87**

Sector al que pertenece: **Comercio al por Mayor**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Director de Cancer de la Mujer**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Regulación y Políticas Públicas**

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

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2012**

Área de adscripción / Área: **Centro Nacional de Equidad de Genero y Salud Reproductiva**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2017**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirector de Cancer de Mama**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Regulación y Políticas Públicas**

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

Fecha de ingreso: **15 de Noviembre de 2009**

Área de adscripción / Área: **Centro Nacional de Equidad de Genero y Salud Reproductiva**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2012**

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): **343,193.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **630,869.00**

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): **630,869.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Servicios clínicos especializados privados**

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): **974,062.00**

