

Declaración pública **Declaración de modificación** de **CLAUDIA SAMARATH LUNA YEPEZ** 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): **Claudia Samarath Luna Yezpe**

Correo electrónico institucional: **cluna@sersalud.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería y Obstetricia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **23 de Octubre de 2014**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto de Competencias Educativas y Profesionales**

Fecha: **27 de Marzo de 2023**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Independencia**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud Tiii dr. Francisco j. Balmis**

Número exterior: **no. 20**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **Zacahuitzco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Jefe de Enfermeras a**

Código postal: **09440**

Especifique función principal: **Otro - Jefe de Enfermeras**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2015** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6937**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera General a**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Especifique función principal: **Otro - Enfermera**

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

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2015**

Servicios de Salud Publica de la Ciudad de Mexico

Fecha de egreso: **31 de Julio de 2019**

Área de adscripción / Área: **Clinica Comunitaria Santa Catarina**

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): **382,342.00**

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): **382,342.00**