

Declaración pública **Declaración de modificación** de **SAMANTHA GALEANA LOPEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicio de Transportes Eléctricos en 2024**

---

#### **I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL**

##### **Datos generales del declarante**

Nombre(s): **Samantha Galeana Lopez**

Correo electrónico institucional: **mcsamantha10@gmail.com**

##### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Médico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Facultad de Estudios Superiores Zaragoza**

Fecha: **9 de Septiembre de 2021**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Biologicas**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Oriente**

Fecha: **6 de Agosto de 2012**

Ubicación: **México**

---

##### **Datos del empleo, cargo o comisión**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Municipio Libre**

Nombre del ente público: **Servicio de Transportes Eléctricos**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Gerencia de Administración de Capital**

Número exterior: **402**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **san Andrés Tetepilco**

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

Código postal: **09440**

Especifique función principal: **Otro - Atención a la Salud de los Trabajadores.**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Septiembre de 2022**

Teléfono de oficina y extensión: **5525950000 - 277**

##### **Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

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

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

Área de adscripción / Área: **Segundo Piso**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico de Guardia**

Fecha de ingreso: **15 de Febrero de 2021**

Fecha de egreso: **17 de Agosto de 2022**

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

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Clínica de Especialidades dr. Corona**

Área de adscripción / Área: **Consulta**

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

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

Fecha de ingreso: **16 de Abril de 2019**

Fecha de egreso: **26 de Marzo de 2021**

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

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): **210,476.00**

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): **210,476.00**