



Declaración pública **Declaración de modificación** de **SOLEDAD SALINAS MARTINEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Soledad Salinas Martinez**

Correo electrónico institucional: **fer_s_c5@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Ginecología y Obstetricia**

Institución educativa: **Instituto Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Febrero de 1996**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **7 de Junio de 1990**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Secretaria de Salud**

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

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

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **15 de Marzo de 1996**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Calz 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: **5555778867**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

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

Fecha de ingreso: **14 de Abril de 1990**

Fecha de egreso: **1 de Marzo de 1993**

Área de adscripción / Área: **Secretaria de Salud**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

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

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 1993**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 1996**

Área de adscripción / Área: **Secretaria 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): **694,031.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **27,490.00**

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

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **27,490.00**

TIPO DE INSTRUMENTO QUE GENERÓ EL RENDIMIENTO O GANANCIA **FONDOS DE INVERSIÓN**

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): **721,521.00**