



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JOSE ANTONIO MARABOTO MILLAN** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jose Antonio Maraboto Millan**

Correo electrónico institucional: **submedica.hpmoctezuma@outlook.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Cirujano Pediatra**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **13 de Mayo de 2005**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Uam-X**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **11 de Mayo de 1998**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Secretaria de Salud Cdmx**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Nivel 790**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **15 de Febrero de 2010**

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

Calle: **Oriente 158**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **189**

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

Colonia/Localidad: **Moctezuma 2a Sección**

Código postal: **15530**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5555711737**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Suplente 08 Médico Especialista**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2005**

Fecha de egreso: **1 de Mayo de 2008**

Área de adscripción / Área: **Hospital Regional no. 1 Cuernavaca Morelos**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

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

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2012**

Fecha de egreso: **31 de Marzo de 2021**

Área de adscripción / Área: **Hospital Pediatrico san Juan de Aragon**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Especialista Base**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto de Seguridad Social del Estado de Mexico y Municipios

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2009**

Fecha de egreso: **1 de Mayo de 2018**

Área de adscripción / Área: **Hospital de Concentracion Tlalnepantla**

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): **35,554.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **5,000.00**

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): **5,000.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **HOORARIOS MEDICOS MEDICO ESPECIALISTA**

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): **40,554.00**