



Declaración pública **Declaración de modificación** de **Clara Iris GOMEZ MARQUEZ** 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): **Clara Iris Gomez Marquez**

Correo electrónico institucional: **clara.gomez@alumno.dgcft.sems.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Maestra Tanatologa**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Mexicano de Psicooncologia**

Fecha: **30 de Agosto de 2013**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Psicologia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Centro Educativo de Puebla**

Fecha: **30 de Agosto de 2018**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Enfermeria**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Fecha: **5 de Noviembre de 2010**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Plan de san Luis**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Número interior: **0**

Área de adscripción: **Jurisdiccion Miguel Hidalgo**

Número exterior: **sin Numero**

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

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

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

Colonia/Localidad: **Santo Tomas**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera Especialista "c"**

Código postal: **11340**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Enero de 1992**

Teléfono de oficina y extensión: **5553411265 - 0000**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera de Clínica**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Publica de la Ciudad de Mexico

Fecha de ingreso: **16 de Enero de 1992**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud "Manuel Gonzalez Rivera"**

Fecha de egreso: **30 de Mayo de 2024**

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): **381,156.00**

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): **381,156.00**