



Declaración pública **Declaración de modificación** de **FRANCISCO EMILIO FERREIRA AGUILA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2025**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Francisco Emilio Ferreira Aguila**

Correo electrónico institucional: **ferreira@salud.cdmx.gob.mx**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Cirugía Plástica y Reconstructiva**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **28 de Febrero de 1984**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Prolongacion Moctezuma**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital Pediátrico de Coyoacán**

Número exterior: **18**

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

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

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

Colonia/Localidad: **Villa Coyoacán**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Médico Especialista c**

Código postal: **04000**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **2 de Junio de 1997** Teléfono de oficina y extensión: **5555542860**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 1988**

**Hospital General Xoco**

Fecha de egreso: **30 de Mayo de 1997**

Área de adscripción / Área: **División de Cirugía Plástica y Reconstructiva**

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): **615,000.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **120,000.00**

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): **120,000.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Práctica Médica Privada**

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): **735,000.00**