



Declaración pública **Declaración inicial** de **MAGALI DIAZ LOPEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Magali Diaz Lopez**

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

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina**

Institución educativa: **Universidad Autonoma de Chiapas**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **25 de Junio de 2010**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Clinica Geriatrica de Coyoacan**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Especialista en Areas de Salud b**

Especifique función principal: **Otro - Consulta Medica**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **17 de Junio de 2017**

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

Calle: **Candelaria Perez**

Número interior: **sin Numero**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

Colonia/Localidad: **Culhuacán ctm Sección VIII**

Código postal: **04909**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5556320245**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Banco Nacional del Ejercito Fuerza Aérea y Armada**

Área de adscripción / Área: **Medica**

R.F.C. (Si es sector privado): **BNE820901682**

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

Fecha de ingreso: **18 de Octubre de 2016**

Fecha de egreso: **1 de Junio de 2017**

Sector al que pertenece: **Servicios Financieros**

Lugar donde se ubica: **México**

---

### Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **20,972.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **10,800.00**

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

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **10,800.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **consulta medica**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **31,772.00**

**¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?**

**¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? No**