



Declaración pública **Declaración de modificación** de **AGUSTIN AGUILAR ULLOA** en el puesto **JEFE DE UNIDAD DEPARTAMENTAL "B" U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

---

## **I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL**

### **Datos generales del declarante**

Nombre(s): **Agustin Aguilar Ulloa**

Correo electrónico institucional: **aaguilaru@sersalud.cdmx.gob.mx**

### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Enero de 1980**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Maestria en Administración de Hospitales y Salud Publica**

Institución educativa: **Instituto de Estudios Superiores en Administracion Publica**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **31 de Enero de 2011**

---

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Administración de Organizaciones de la Salud**

Institución educativa: **Universidad la Salle**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **7 de Marzo de 2018**

---

### **Datos del empleo, cargo o comisión**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud T-iii Cultura Maya**

Empleo, cargo o comisión: **Jefe de Unidad Departamental "b" u Homologo (a)**

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Jefe de Unidad Medica Atencion Medica** Código postal: **14240**

Especifique función principal: **Otro - Director Centro de Salud**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Noviembre de 2018**

### **Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

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

Calle: **Izamal Esquina Hopelchen**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

Colonia/Localidad: **Lomas de Padierna**

Entidad federativa: **None**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7620**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud tii Hortencia**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Unidad de Atencion Medica "d"**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **16 de Mayo de 2015**

Fecha de egreso: **15 de Noviembre de 2018**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Tiii Ampliacion Hidalgo**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Unidad de Atencion Medica**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2013**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 2015**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Tlalpan**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirector de Atencion Medica**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2006**

Fecha de egreso: **15 de Noviembre de 2012**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Tiii Ampliacion Hidalgo**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Unidad Medica**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **16 de Febrero de 2006**

Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 2007**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Azcapotzalco**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **jud de Fomento de la Salud**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **16 de Mayo de 1993**

Fecha de egreso: **15 de Enero de 1999**

Lugar donde se ubica: **México**

#### **Ingresos netos del declarante, pareja y/o dependientes económicos**

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): **646,738.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **338,710.00**

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): **338,710.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **ASESORIA**

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): **985,448.00**

**Bienes inmuebles**

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

#### **Bienes muebles**

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

Tipo de bien mueble: **Menaje de Casa (Muebles y Accesorios de Casa)**

Descripción general del bien: **Lavadora y Pantalla**

Porcentaje: **100**

Forma de adquisición: **Compra Venta**

Titular: **DECLARANTE**

Forma de pago: **CONTADO**

Identificación del Transmisor (solamente si es persona moral): **(Ninguno)**

Valor de adquisición: **55,308.00**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **(Ninguno)**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Razón social (solamente si es persona moral): **(Ninguno)**

Fecha de adquisición: **13 de Noviembre de 2020**

---

#### **Vehículos**

Todos los datos de vehículos declarados a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

#### **Inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos**

Todos los datos de las inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

#### **Adeudos / Pasivos**

Todos los datos de los adeudos / pasivos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos

No aplica

#### **Préstamo o comodato por terceros**

No aplica

## **II. DECLARACIÓN DE INTERESES**

#### **Participación en empresas, sociedades o asociaciones (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de la participación en empresas, sociedades o asociaciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

#### **¿Participa en la toma de decisiones de alguna de estas instituciones? (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de la participación en alguna de estas instituciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

#### **Apoyos o beneficios públicos (hasta los 2 últimos años)**

No aplica

#### **Representación (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de representación de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

**Clientes principales (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de clientes principales de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

**Beneficios privados (hasta los 2 últimos años)**

No aplica

**Participación en Fideicomisos (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de participación en fideicomisos de pareja o dependiente económico no serán públicos.

No aplica