



Declaración pública **Declaración de modificación** de **FATIMA YAZMIN VALDEZ REYES** en el puesto **JEFE DE UNIDAD DEPARTAMENTAL "A" 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): **Fatima Yazmin Valdez Reyes**

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

### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina Integrada**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Aguascalientes**

Fecha: **19 de Abril de 2012**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Especialidad en Salud Publica**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas**

Fecha: **1 de Junio de 2018**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Maestría en Alta Direccion**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Centro de Postgrados del Estado de Mexico**

Fecha: **3 de Diciembre de 2014**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Doctorado**

Estatus: **Trunco**

Carrera: **Doctorado en Alta Direccion**

Institución educativa: **Centro de Postgrados del Estado de Mexico**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Fecha: **21 de Febrero de 2005**

Ubicación: **México**

---

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

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

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Laguna de Terminos**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Centro de Salud tii dr. Manuel Gutierrez Zavala**

Número exterior: **492**

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

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

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

Colonia/Localidad: **Anáhuac i Sección**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Jefe de Unidad Medica**

Código postal: **11320**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2019**

Teléfono de oficina y extensión: **55381700 - 7350**

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

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

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

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

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

Fecha de ingreso: **16 de Septiembre de 2015**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud T-Ii la Malinche**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2018**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

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

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

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

Fecha de ingreso: **16 de Abril de 2015**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud T-Ii Santa Cruz Acalpixa**

Fecha de egreso: **15 de Septiembre de 2015**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Asistente de Direccion**

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

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

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2012**

Área de adscripción / Área: **Hospital General de Tlahuac**

Fecha de egreso: **1 de Marzo de 2015**

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): **584,794.00**

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): **584,794.00**

#### **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.

No aplica

#### **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