



Declaración pública **Declaración de modificación** de **CINTHYA VELASCO COQUIS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Cinthya Velasco Coquis**

Correo electrónico institucional: **cssantacruz.admon@sersalud.df.gob.mx**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciado en Relaciones Comerciales**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional Esca Tepepan**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Fecha: **27 de Mayo de 2020**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud t ii Santa Cruz Acapulco**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Soporte Administrativo "c"**

Especifique función principal: **Otro - Soporte Administrativo**

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

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

Calle: **Ahualapa**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Xochimilco**

Colonia/Localidad: **Santa Cruz Acapulco**

Código postal: **16500**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5558381700 - 7822**

---

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Grupo Gipson, S.A. de C.V.**

Área de adscripción / Área: **C.S. tii Santa Cruz Acapulco/ Administrativa**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Soporte Administrativo "c"**

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2006**

Fecha de egreso: **1 de Julio de 2008**

Sector al que pertenece: **Otro - Sector Farmaceutico**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Distribuidora Edigan S.A. de C.V.**

Área de adscripción / Área: **Comercial/ Administrativa**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Secretaría**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2014**

Fecha de egreso: **1 de Marzo de 2016**

Sector al que pertenece: **Otro - Sector Equipo Medico y Material de Curacion**

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): **224,212.00**

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): **224,212.00**