



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA TERESA HERNANDEZ CUEVAS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **María Teresa Hernandez Cuevas**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestria en Administracion de Organizaciones de Salud**

Institución educativa: **Universidad la Salle**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **8 de Septiembre de 2010**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Septiembre de 1982**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital Geeral Xoco**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2008** Teléfono de oficina y extensión: **56889045**

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

Calle: **Mexico Coyoacan**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sn**

Municipio/Alcaldía: **Benito Juárez**

Colonia/Localidad: **General Pedro María Anaya**

Código postal: **03340**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2014**

Área de adscripción / Área: **Estancia Temporal Para Enfermos de los Estados**

Fecha de egreso: **31 de Octubre de 2016**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

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

Fecha de ingreso: **16 de Marzo de 2009**

Área de adscripción / Área: **Clinica gam**

Fecha de egreso: **31 de Agosto de 2013**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Septiembre de 2013**

Área de adscripción / Área: **Clinica san Antonio Abad**

Fecha de egreso: **31 de Octubre de 2014**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2008**

Área de adscripción / Área: **Clinica de Especialidades**

Fecha de egreso: **30 de Marzo de 2008**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Direccion General de Salud Publica**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2006**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Soledad Orozco**

Fecha de egreso: **29 de Febrero de 2008**

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): **964,969.00**

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): **964,969.00**