

Declaración pública **Declaración de modificación** de **VELIA ITZEL FUENTES SERNA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Coyoacán** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Velia Itzel Fuentes Serna**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura Como Medico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Popular Autonoma del Estado de Puebla**

Fecha: **23 de Marzo de 2018**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Auxiliar de Enfermería**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Centro de Estudios Tecnologicos Industriales y de Servicios no 41**

Fecha: **1 de Julio de 2009**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Avenida Coyoacan**

Nombre del ente público: **Alcaldía Coyoacán**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Coordinacion General de Investigacion Forense y Servicios Periciales**

Número exterior: **1635**

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

Municipio/Alcaldía: **Benito Juárez**

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

Colonia/Localidad: **del Valle Centro**

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

Código postal: **03100**

Especifique función principal: **Otro - Medico General Auxiliar en las Labores del Ministerio Publico**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Noviembre de 2020**

Teléfono de oficina y extensión: **56777670 - 9213**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Fusion Contact Centers s. de R.L. de C.V.

Área de adscripción / Área: **Medicina**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2020**

Fecha de egreso: **15 de Noviembre de 2020**

Sector al que pertenece: **Otro - Telefonias/ Call Center**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Fundacion Best

Área de adscripción / Área: **Medicina**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2018**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2019**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaria de Salud del Estado de Puebla

Área de adscripción / Área: **Medicina**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Pasante de Medicina General**

Especifique función principal: **Otro - Consulta de Medicina General**

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2017**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2018**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaria de Salud del Estado de Puebla

Área de adscripción / Área: **Medicina**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Interno de Pregrado**

Especifique función principal: **Otro - Consulta de Medicina General, Medico en Formacion Hospitalaria**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2016**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2016**

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): **40,447.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **75,000.00**

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): **75,000.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **MEDICO**

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): **115,447.00**