



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA DE LOS ANGELES VARELA GONZALEZ** en el puesto **OPERATIVO 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): **María de los Angeles Varela Gonzalez**

Correo electrónico institucional: **angelesvarela01@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Fecha: **29 de Abril de 1995**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Biología**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Universidad Autonoma Metropolitana**

Fecha: **13 de Julio de 1989**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Colegio Hispano Americano**

Fecha: **27 de Julio de 1984**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Diurna No.8**

Fecha: **30 de Junio de 1991**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Heroes**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Jurisdicción Sanitaria Cuauhtemoc**

Número exterior: **38**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Guerrero**

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

Código postal: **06300**

Especifique función principal: **Otro - Atencion Medica**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Abril de 2017** Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 7305**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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 de la Ciudad de México

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

Especifique función principal: **Otro - Atencion Medica**

Fecha de ingreso: **16 de Abril de 2017**

Fecha de egreso: **15 de Mayo 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:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **16 de Febrero de 2011**

Fecha de egreso: **16 de Abril de 2017**

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:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

Especifique función principal: **Otro - Directiva**

Fecha de ingreso: **16 de Marzo de 2008**

Fecha de egreso: **15 de Febrero de 2010**

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:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **16 de Septiembre de 1996**

Fecha de egreso: **15 de Marzo de 2008**

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:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

Especifique función principal: **Otro - Directiva**

Fecha de ingreso: **16 de Febrero de 2010**

Fecha de egreso: **15 de Febrero de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

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

Fecha de ingreso: **16 de Septiembre de 2013**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2021**

Sector al que pertenece: **Servicios Profesionales**

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): **451,133.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **94,213.00**

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): **94,213.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **SERVICIO PROFESIONAL DOCENTE**

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): **545,346.00**