Declaracion pública **Declaración inicial** de **MARIO AUGUSTO VAZQUEZ CONTRERAS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Mario Augusto Vazquez Contreras**

Correo electrónico institucional: **mavazquez1692@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **3 de Diciembre de 2018**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **C.S. Tiii dr. Ignacio Morones Prieto**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **4 de Agosto de 2020**

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

Calle: **av. Plaza Hidalgo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

Colonia/Localidad: **san Bartolo Ameyalco**

Código postal: **01800**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Hospital de Especialidades Crsital**

Área de adscripción / Área: **Medico General**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico de Guardia**

Fecha de ingreso: **15 de Febrero de 2019**

Fecha de egreso: **11 de Julio de 2020**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Gerencia de Salud y Bienestar Social del Sistema de Transporte Colectivo Metro**

Área de adscripción / Área: **Medico General**

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

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

Fecha de ingreso: **5 de Enero de 2021**

Fecha de egreso: **21 de Mayo de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **29,714.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **13,735.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **13,735.00**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL **Gerencia de Salud y bienestar social del Sistema de Transporte Colectivo**
TIPO DE NEGOCIO **Publico**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **43,449.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**