



Declaración pública **Declaración de modificación** de **VELIA VALENZUELA RODRIGUEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Velia Valenzuela Rodriguez**

Correo electrónico institucional: **ixelitli@yahoo.com.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Trabajo Social**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **31 de Julio de 2008**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Juarez**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Jurisdicción Sanitaria Cuajimalpa**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuajimalpa de Morelos**

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

Colonia/Localidad: **Cuajimalpa**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Profesional Operativo en Salud c**

Código postal: **05000**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Marzo de 2016** Teléfono de oficina y extensión: **5548627098**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

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

Fecha de ingreso: **19 de Septiembre de 2015**

Fecha de egreso: **5 de Marzo de 2017**

Área de adscripción / Área: **Educativa Coacalco**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Personal Farmacéutico de Chiapas

Fecha de ingreso: **6 de Enero de 2011**

Fecha de egreso: **9 de Junio de 2015**

Área de adscripción / Área: **Coacalco**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Universidad Nacional Autónoma de México

Fecha de ingreso: **11 de Agosto de 2008**

Fecha de egreso: **2 de Febrero de 2009**

Área de adscripción / Área: **Ciudad Universitaria**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Servicio Social**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2004**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2005**

Área de adscripción / Área: **Coordinación de Salud en el Trabajo**

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): **127,226.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **24,000.00**

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): **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): **24,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Pensión alimenticia**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **151,226.00**