

Declaración pública **Declaración de modificación** de **GABRIELA YOLANDA SARQUIS DE LA TORRE** en el puesto **COORDINADOR "A" U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Gabriela Yolanda Sarquis de la Torre**

Correo electrónico institucional: **gabsarquis@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medica Cirujana**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **3 de Septiembre de 1979**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Salud Pública con Énfasis en Paludismo y Otras Enfermedades Parasitarias**

Institución educativa: **Escuela de Salud Pública de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **7 de Diciembre de 1984**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Dirección de Formación Actualización Médica e Investigación**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Coordinador de Servicio Social Médico**

Especifique función principal: **Otro - Coordinador de Servicio Social Médico**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2014**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Insurgentes Norte**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **423**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Código postal: **06900**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **51321200 - 1335**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto de Salud en el Estado de Mexico

Área de adscripción / Área: **Subdireccion de Epidemiologia**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Departamento de Enfermedades Infecciosas no Prevenibles por Vacunacion**

Especifique función principal: **Otro - Supervision de Actividades del Departamento**

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 1981**

Fecha de egreso: **31 de Julio de 1989**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital dr. Manuel gea Gonzalez

Área de adscripción / Área: **Direccion de Enseñanza e Investigacion**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Departamento de Educacion Continua**

Especifique función principal: **Otro - Supervision de Actividades del Departamento**

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 1989**

Fecha de egreso: **16 de Julio de 1998**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatel**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaria de Salud de la Ciudad de Mexico

Área de adscripción / Área: **Direccion de Enseñanza e Investigacion**

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

Especifique función principal: **Otro - Supervision de Actividades del Departamento**

Fecha de ingreso: **16 de Septiembre de 2002**

Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 2014**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante, pareja y/o dependientes económicos

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): **633,313.00**

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): **633,313.00**

Bienes inmuebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

Tipo de inmueble: **Departamento**

Titular del inmueble: **Declarante**

Porcentaje de propiedad del declarante conforme a escrituración o contrato:
100%

Forma de adquisición: **COMPRA VENTA**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Superficie del terreno: **70.00 - Metro cuadrado**

Fecha de adquisición: **17 de Junio de 1992**

Superficie de construcción: **150.00 - Metro cuadrado**

¿El valor de adquisición del inmueble es conforme a?: **Escritura Pública**

Forma de pago: **CONTADO**

Valor de adquisición: **160,705,000.00**

Bienes muebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Vehículos

Todos los datos de vehículos declarados a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos

Todos los datos de las inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Adeudos / Pasivos

Todos los datos de los adeudos / pasivos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos

No aplica

Préstamo o comodato por terceros

No aplica

II. DECLARACIÓN DE INTERESES

Participación en empresas, sociedades o asociaciones (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en empresas, sociedades o asociaciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

¿Participa en la toma de decisiones de alguna de estas instituciones? (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en alguna de estas instituciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Apoyos o beneficios públicos (hasta los 2 últimos años)

Nombre del programa: **Pension Universal Para Personas Adultas Mayores** Nivel u orden de gobierno: **Federal**

Institución que otorga el apoyo: **Secretaria de Bienestar**

Forma de recepción del apoyo: **Monetario**

Tipo de apoyo: **Subsidio**

Monto aproximado del apoyo mensual: **1,500.00**

Representación (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de representación de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Clientes principales (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de clientes principales de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Beneficios privados (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Participación en Fideicomisos (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de participación en fideicomisos de pareja o dependiente economico no serán públicos.

No aplica