



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MONICA DE ANDA CONTRERAS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Coyoacán** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Monica de Anda Contreras**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Diplomado en Seguridad y Salud Ocupacional**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Gobierno del Estado de México, Imss, Secretaría del Trabajo y Previsión Social**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **9 de Septiembre de 2016**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Agente Capacitador Externo en Seguridad y Salud Ocupacional**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Secretaría del Trabajo y Previsión Social**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **25 de Febrero de 2019**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médica Cirujana**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **31 de Enero de 2004**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **eje 10 sur Esquina con Calle llama**

Nombre del ente público: **Alcaldía Coyoacán**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Cst-I la Ciénega**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

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

Colonia/Localidad: **Pedregal de Santo Domingo**

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

Código postal: **04369**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

Teléfono de oficina y extensión: **5556197303**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Laboratorios Grin S.A. de C.V.

Fecha de ingreso: **10 de Agosto de 2015**

Fecha de egreso: **14 de Septiembre de 2017**

Área de adscripción / Área: **Salud Ocupacional**

Sector al que pertenece: **Industria Manufacturera**

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: **Médico Laboral, Líder de la CmsH**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Molinera de México, Gruma

Fecha de ingreso: **2 de Julio de 2012**

Fecha de egreso: **26 de Diciembre de 2014**

Área de adscripción / Área: **Salud Ocupacional**

Sector al que pertenece: **Industria Manufacturera**

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: **Médico Coordinador de Fines de Semana**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Seguros Inbursa, S.A.

Fecha de ingreso: **22 de Agosto de 2011**

Fecha de egreso: **24 de Noviembre de 2011**

Área de adscripción / Área: **Administrativa de la Salud**

Sector al que pertenece: **Servicios Financieros**

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: **Médico Laboral**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Gpo. Jobss: Laboratorios Teva**

Fecha de ingreso: **14 de Marzo de 2011**

Fecha de egreso: **30 de Mayo de 2011**

Área de adscripción / Área: **Salud Ocupacional**

Sector al que pertenece: **Industria Manufacturera**

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

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): **399,343.00**

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): **399,343.00**