



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA DEL CARMEN GARCIA FACIO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Maria del Carmen Garcia Facio**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciada en Derecho**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Tecnológico Galo, Sede Viveros**

Fecha: **10 de Octubre de 2019**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciada en Trabajo Social**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Centro de Estudios Tecnicos y Superiores Bauhaus**

Fecha: **15 de Diciembre de 2020**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Victoria**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud "Dr.Rafael Carrillo"**

Número exterior: **32**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **san Lucas**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Apoyo Administrativo a-7**

Código postal: **09000**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Abril de 1990** Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 6915**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Alcaldía Benito Juárez

Área de adscripción / Área: **Apoyo en Recursos Financieros**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Analista Administrativo**

Especifique función principal: **Otro - Actividades Administrativas**

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2018**

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

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:
Policia Bancaria e Industrial

Área de adscripción / Área: **Coordinacion Juridica**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Analista Tecnico**

Especifique función principal: **Otro - Actividades Administrativas**

Fecha de ingreso: **16 de Abril de 2020**

Fecha de egreso: **31 de Marzo de 2021**

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:
Contraloria de Nezahualcoyotl Estado de México

Área de adscripción / Área: **Contraloria de Nezahualcoyotl**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Analista Tecnico**

Especifique función principal: **Otro - Analista Tecnico**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2013**

Fecha de egreso: **1 de Mayo de 2015**

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:
Issste

Área de adscripción / Área: **Clinica de Medicina Familiar Cuitlahuac**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirectora Administrativa**

Especifique función principal: **Otro - Administracion de Recursos Financieros, Humanos y Materiales**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2010**

Fecha de egreso: **1 de Febrero de 2012**

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:
Issste

Área de adscripción / Área: **Clinica de Medicina Familiar Observatorio**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirectora Administrativa**

Especifique función principal: **Otro - Administracion de Recursos Financieros, Humanos y Materiales**

Fecha de ingreso: **1 de Septiembre de 2008**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2010**

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): **504,894.00**

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): **504,894.00**

