



Declaración pública **Declaración de modificación** de **DANAE JUAREZ CARBAJAL** 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): **Danae Juarez Carbajal**

Correo electrónico institucional: **danae_182@yahoo.com.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **7 de Mayo de 2010**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Administracion en Organizaciones de Salud**

Institución educativa: **Universidad la Salle**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **28 de Noviembre de 2018**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Csti Zapotitlan**

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: **1 de Mayo de 2021** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700**

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

Calle: **Cecilio Acosta**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

Colonia/Localidad: **Zapotitla**

Código postal: **13310**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Fundacion Farmacias del Ahorro

Fecha de ingreso: **18 de Agosto de 2010**

Fecha de egreso: **10 de Octubre de 2014**

Área de adscripción / Área: **Orientacion Medica**

Sector al que pertenece: **Servicios Corporativos**

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: **Medico de Consulta**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Bmsa Group/Medix

Fecha de ingreso: **24 de Noviembre de 2014**

Fecha de egreso: **1 de Abril de 2015**

Área de adscripción / Área: **Consulta y Valoracion Medica**

Sector al que pertenece: **Servicios Corporativos**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefa de Unidad de Atención Médica b**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Publica de la Cdmx

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2019**

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

Área de adscripción / Área: **Cstiii Tulyehualco**

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): **34,127,136.00**

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): **34,127,136.00**