

Declaración pública **Declaración de modificación** de **MIRNA VARA AGUIRRE** en el puesto **DIRECTOR "B" U HOMOLOGO(A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Mirna Vara Aguirre**

Correo electrónico institucional: **jsx.direccion@sersalud.df.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Salud Pública**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas ac**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **20 de Mayo de 2019**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Medicina Social**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco**

Fecha: **14 de Enero de 1994**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco**

Fecha: **13 de Abril de 1984**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Pino**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Jurisdicción Sanitaria Xochimilco**

Número exterior: **2**

Empleo, cargo o comisión: **Director "b" u Homologo(A)**

Municipio/Alcaldía: **Xochimilco**

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

Colonia/Localidad: **Barrio san Juan**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Director de Área b**

Código postal: **16000**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Mayo de 2018**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7801**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del d.f

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Cuajimalpa**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Directora Jurisdiccional**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2017**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 2018**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del d.f

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Tlalpan**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirectora de Epidemiología y Medicina Preventiva**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2015**

Fecha de egreso: **30 de Octubre de 2016**

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:
Delegación Política de Tlalpan

Área de adscripción / Área: **Dirección de Salud**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Directora de Salud**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2012**

Fecha de egreso: **15 de Abril de 2015**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del d.f

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Tlalpan**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirectora de Epidemiología y Medicina Preventiva**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2007**

Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 2012**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del d.f

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Xochimilco**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Epidemióloga Jurisdiccional**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2005**

Fecha de egreso: **31 de Julio de 2007**

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): **649,820.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **47,352.00**

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): **47,352.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Docencia**

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): **697,172.00**

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.

No aplica

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.

Institución o razón social: Banorte	Tipo de moneda: Peso Mexicano
R.F.C. De la institución: BMN930209927	Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: Declarante
Porcentaje: 100	¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:
Tipo de inversión/activo: Bancaria	México, Ciudad de México
Subtipo de inversión: Cuenta de Nómina	

Institución o razón social: Bbva	Tipo de moneda: Peso Mexicano
R.F.C. De la institución: BBA830831LJ2	Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: Declarante
Porcentaje: 100	¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:
Tipo de inversión/activo: Bancaria	México, Ciudad de México
Subtipo de inversión: Cuenta eje	

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

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Tarjeta de Crédito Bancaria**

Monto original del adeudo / pasivo: **128,545.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **1 de Enero de 2020**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **BBA830831LJ2**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Bbva**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Ciudad de México**

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Tarjeta de Crédito Bancaria**

Monto original del adeudo / pasivo: **131,969.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **1 de Enero de 2020**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **BBA830831LJ2**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Bbva**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Ciudad de México**

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Crédito Personal**

Monto original del adeudo / pasivo: **250,000.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **14 de Diciembre de 2016**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **BMN930209927**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Banorte**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Ciudad de México**

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)

No aplica

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