



Declaración pública **Declaración de modificación** de **TERESA MONSERRAT MEJIA AMBRIZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Administración y Finanzas** en **2023**

---

## **I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL**

### **Datos generales del declarante**

Nombre(s): **Teresa Monserrat Mejia Ambriz**

Correo electrónico institucional: **tmejia@finanzas.cdmx.gob.mx**

### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Gerontología**

Documento obtenido: **Boleta**

Institución educativa: **Universidad Estatal del Valle de Ecatepec**

Fecha: **10 de Agosto de 2018**

Ubicación: **México**

---

### **Datos del empleo, cargo o comisión**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Viaducto rio de la Piedad**

Nombre del ente público: **Secretaría de Administración y Finanzas**

Número interior: **Piso 8**

Área de adscripción: **Dirección de Contabilidad y Control de Ingresos**

Número exterior: **515**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztacalco**

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

Colonia/Localidad: **Granjas México**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **1026**

Código postal: **08400**

Especifique función principal: **Administración de Recursos Humanos**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Septiembre de 2021**

Teléfono de oficina y extensión: **55513425 - 2210**

### **Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Recepcionista/Asistente**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Clínica de Articulaciones**

Fecha de ingreso: **12 de Abril de 2021**

Fecha de egreso: **31 de Agosto de 2021**

Área de adscripción / Área: **Clínica**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

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: **Consultora**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Clínica Capilar Svenson**

Fecha de ingreso: **15 de Septiembre de 2020**

Fecha de egreso: **29 de Abril de 2021**

Área de adscripción / Área: **Cosmetología**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

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: **Gerontologa**

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

Especifique función principal: **Otro - Personal de la Salud**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **dif**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2020**

Fecha de egreso: **15 de Abril de 2020**

Área de adscripción / Área: **Salud**

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): **168,162.00**

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): **168,162.00**