



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA DE LOS ANGELES MEDINA LOZADA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **María de los Angeles Medina Lozada**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciado en Enfermería**

Estatus: **Finalizado**

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

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **24 de Agosto de 2017**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Técnico Bachiller en Enfermería General**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **16 de Noviembre de 2011**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Juarez**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud T-iii Xochimilco**

Número exterior: **2**

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

Municipio/Alcaldía: **Xochimilco**

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

Colonia/Localidad: **Barrio san Juan**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera General Titulada a**

Código postal: **16000**

Especifique función principal: **Otro - Enfermera General**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2015** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7818**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera Auxiliar**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital h. m. g. Coyoacán

Fecha de ingreso: **15 de Octubre de 2010**

Fecha de egreso: **1 de Enero de 2012**

Área de adscripción / Área: **Área Médica**

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

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): **242,871.00**

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): **242,871.00**