



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA CRISTINA VERA QUEZADA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **María Cristina Vera Quezada**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Negocios y Gestión Empresarial**

Institución educativa: **Universidad Tecnológica de Nezahualcoyotl**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **24 de Febrero de 2020**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Técnico Superior Universitario en Comercialización**

Institución educativa: **Universidad Tecnológica de Nezahualcoyotl**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **18 de Septiembre de 2012**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Salud**

Área de adscripción: **Clínica Hospital Emiliano Zapata**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Operativo Galene Salud**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Febrero de 2020**

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

Calle: **Cuco Sanchez**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **71**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Ampliación Emiliano Zapata**

Código postal: **09638**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5526353490 - 13518**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Salud

Área de adscripción / Área: **Clínica Hospital Emiliano Zapata**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Apoyo Operativo Asignado en Salud 'c**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **13 de Julio de 2013**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2020**

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): **166,580.00**

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): **166,580.00**