



Declaración pública **Declaración de modificación** de MARIA TERESA NAPOLES GUILLEN en el puesto **JEFE DE UNIDAD DEPARTAMENTAL "A" U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Maria Teresa Napoles Guillen**

Correo electrónico institucional: **investigacionhgxoco@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Doctorado**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Doctorado en Dirección de Organizaciones**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad del Distrito Federal**

Fecha: **28 de Mayo de 2018**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto de Estudios Superiores y de Administración Pública**

Fecha: **28 de Mayo de 2018**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Maestría en Ciencias Quimicobiológicas**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Escuela Nacional de Ciencias Biológicas ipn**

Fecha: **28 de Mayo de 2018**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Químico Farmacobiólogo**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad de Guadalajara**

Fecha: **28 de Mayo de 2018**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Diplomado en Ética de la Salud de la Ciudad de México**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Sedesa**

Fecha: **24 de Julio de 2022**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estat**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital General Xoco**

Empleo, cargo o comisión: **Jefe de Unidad Departamental "a" u Homologo (a)**

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera Jefe de Servicios**

Especifique función principal: **Otro - Encargada de Investigación**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Abril de 2019**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estat**

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

Área de adscripción / Área: **Dirección de Educación e Investigación**

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

Calle: **av. Mexico Coyoacan**

Número interior: **sin Numero**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Benito Juárez**

Colonia/Localidad: **Xoco**

Código postal: **03330**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5525806611**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Unidad Departamental "a"**

Especifique función principal: **Otro - Investigación**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2016**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2018**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estat**

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

Área de adscripción / Área: **Laboratorio de Biología Molecular del Centro de Inteligencia y Preparación Para la Respuesta Epidemiológica Cipre**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Coordinadora del Laboratorio de Biología Molecular del Centro de Inteligencia y Preparación Para la Respuesta Epidemiológica Cipre**

Especifique función principal: **Otro - Diagnóstico Epidemiológico**

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2011**

Fecha de egreso: **30 de Mayo de 2016**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estat**

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

Área de adscripción / Área: **Hospital General Tláhuac**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Laboratorio de Análisis Clínicos del Hospital General Tláhuac**

Especifique función principal: **Otro - Diagnóstico Clínico**

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2010**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2011**

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): **326,705.00**

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): **326,705.00**

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: **Santander**

R.F.C. De la institución: **BSM970519DU8**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Bancaria**

Subtipo de inversión: **Cuenta de Nómina**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: **Declarante**

¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:
México, Ciudad de México

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

No aplica

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