



Declaración pública **Declaración inicial** de **MARIA FELIX GARCIA GARCIA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno CDMX** en **2021**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **María Felix Garcia Garcia**

Correo electrónico institucional: **mariagarciag77@hotmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Tecnico en Enfermería General**

Institución educativa: **Centro Escolar Newton**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Noviembre de 2016**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno Cdmx**

Área de adscripción: **Cst- iii Carmen Serdan**

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

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

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

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **17 de Mayo de 2021**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Inter Hosp, S.A. de C.V.**

Área de adscripción / Área: **6 Piso Anexo tx enf (Hospitalizacion)**

R.F.C. (Si es sector privado): **IHO890607N67**

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

Calle: **Soledad Solorzano**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

Colonia/Localidad: **Carmen Serdán**

Código postal: **04910**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

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

Fecha de ingreso: **22 de Julio de 2019**

Fecha de egreso: **19 de Mayo de 2021**

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

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Operadora de Servicios Santelena, S.A. de C.V.**

Área de adscripción / Área: **5 Piso (Hospitalizacion)**

R.F.C. (Si es sector privado): **OSS070223C37**

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

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2014**

Fecha de egreso: **9 de Marzo de 2017**

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

Lugar donde se ubica: **México**

---

**Ingresos netos del declarante**

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)  
(Cantidades netas después de impuestos): **10,128.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **10,128.00**

**¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?**

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**