



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ANA LILIA FARIAS ROJAS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **ana Lilia Farias Rojas**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medica Cirujana General**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **21 de Enero de 1996**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Pediatría**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **26 de Abril de 2017**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Clinica de Especialidades 2**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General c**

Especifique función principal: **Otro - Medico en Consulta**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Julio de 2010** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6465**

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

Calle: **Republica de Guatemala**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **78**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Centro (Área 3)**

Código postal: **06020**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico General c**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

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

Fecha de ingreso: **16 de Julio de 2010**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2023**

Área de adscripción / Área: **Clinica de Especialidades 2**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Especialista en Pediatría en Hospitalizacion y Urgencias**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **the American British Cowdray Medical Center I.A.P.**

Fecha de ingreso: **16 de Noviembre de 2006**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2023**

Área de adscripción / Área: **Hospitalizacion**

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

R.F.C. (Si es sector privado): **ABC410704710**

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): **216,340.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **335,844.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **335,844.00**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL **THE AMERICAN BRITISH COWDRAY MEDICAL CENTER I.A.P.**
TIPO DE NEGOCIO **SALUD**

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): **552,184.00**