



Declaración pública **Declaración de modificación** de **SAMUEL RODRIGO PINEDA VERA** 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): **Samuel Rodrigo Pineda Vera**

Correo electrónico institucional: **s.rodrigo.pineda@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Médico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad Justo Sierra**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **10 de Marzo de 2021**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatat**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Médico General "a"**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Octubre de 2021**

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

Calle: **Aztlan**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **77**

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

Colonia/Localidad: **la Raza**

Código postal: **02990**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Área de adscripción / Área: **Hospital Central Militar**

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

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

Fecha de ingreso: **16 de Julio de 2021**

Fecha de egreso: **21 de Diciembre de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Sistema Municipal Para el Desarrollo Integral de la Familia de Atizapán de Zaragoza

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

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Septiembre de 2020**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2021**

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): **220,967.00**

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): **220,967.00**