



Declaración pública **Declaración de modificación** de **María Fernanda López Lara** 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 Fernanda López Lara**

Correo electrónico institucional: **mflopez@sersalud.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Medico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad del Mayab**

Fecha: **28 de Enero de 2000**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Especialidad en Medicina Familiar**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Fecha: **30 de Enero de 2020**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Ciencias de la Educación**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Anháhuac Mexico**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Huitzilopochtli**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Centro de Salud Nayaritas**

Número exterior: **sin Numero**

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

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

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

Colonia/Localidad: **Huayamilpas**

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

Código postal: **04390**

Especifique función principal: **Otro - Consulta Medica**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **5556705288 - 678**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2014**

Fecha de egreso: **15 de Febrero de 2017**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Ajusco**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Consulta Medica**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto de Salud Para el Bienestar

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2020**

Fecha de egreso: **15 de Junio de 2021**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud t ii Nayaritas**

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): **1,039,145.00**

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): **1,039,145.00**