



Declaración pública **Declaración de modificación** de **VERONICA CELAYA VELAZQUEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Veronica Celaya Velazquez**

Correo electrónico institucional: **verceve@yahoo.com.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Pediatra**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **12 de Enero de 2004**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **30 de Enero de 1998**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Calzada la Joya**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital General Torre Medica Tepepan**

Número exterior: **sn**

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

Municipio/Alcaldía: **Xochimilco**

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

Colonia/Localidad: **Santa María Tepepan**

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

Código postal: **16020**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Noviembre de 2013**

Teléfono de oficina y extensión: **5556535230 - 161**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Hospital Materno Infantil Topilejo**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Enseñanza**

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

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2007**

Fecha de egreso: **16 de Noviembre de 2013**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Hospital Infantil Moctezuma**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Adscrito Servicio Urgencias**

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

Fecha de ingreso: **18 de Noviembre de 2005**

Fecha de egreso: **1 de Abril de 2007**

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): **433,466.00**

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): **433,466.00**