

Declaración pública **Declaración de conclusión** de **MARIA GUADALUPE RODRIGUEZ HERNANDEZ** en el puesto **LIDER COORDINADOR DE PROYECTOS "A" U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Maria Guadalupe Rodriguez Hernandez**

Correo electrónico institucional: **malurd25@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Nefrología Pediátrica**

Institución educativa: **Universidad Autonoma de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **10 de Diciembre de 2015**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Medico Especialista a**

Empleo, cargo o comisión: **Lider Coordinador de Proyectos "a" u Homologo (a)**

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

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

Especifique función principal: **Otro - Supervision**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **31 de Diciembre de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 1067**

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

Calle: **Avenida Insurgentes Norte**

Número interior: **6**

Número exterior: **423**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Código postal: **06900**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Centro de Diagnostico Angeles Nefrología y Metabolismo ac**

Área de adscripción / Área: **Unidad de Hemodialisis Angeles Mocel**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Nefrologo Operativo**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2016**

Fecha de egreso: **15 de Noviembre de 2017**

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: **Unidad de Hemodialisis Alleviare**

Área de adscripción / Área: **Direccion Medica**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Responsable Sanitario**

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2017**

Fecha de egreso: **1 de Abril de 2020**

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

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante, pareja y/o dependientes económicos

I - Remuneración neta del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **269,000.00**

II - Otros ingresos del declarante (Suma del II.1 al II.5): **288,598.00**

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): **288,598.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO SUELDOS

A. Ingreso del declarante del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión (suma del numeral I y II): **557,598.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

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

Bienes inmuebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Bienes muebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Vehículos

Todos los datos de vehículos declarados a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos

Todos los datos de las inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos.

Institución o razón social: **Grupo Nacional Provincial sab**

R.F.C. De la institución: **GNP9211244P0**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Seguros**

Subtipo de inversión: **Seguro de Vida**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: **Declarante**

¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:
México, Ciudad de México

Adeudos / Pasivos

Todos los datos de los adeudos / pasivos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos

No aplica

Préstamo o comodato por terceros

No aplica

II. DECLARACIÓN DE INTERESES

Participación en empresas, sociedades o asociaciones (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en empresas, sociedades o asociaciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

¿Participa en la toma de decisiones de alguna de estas instituciones? (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en alguna de estas instituciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Apoyos o beneficios públicos (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Representación (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de representación de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Clientes principales (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de clientes principales de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

¿Realiza alguna actividad lucrativa independiente al empleo cargo o comisión?:

Si

Nombre de la empresa o servicio que proporciona: **Medicos**

R.F.C. Del cliente principal (solamente si es persona moral): **HOS9712192A1**

R.F.C. Moral: **HOS9712192A1**

Sector productivo al que pertenece: **SERVICIOS DE SALUD**

Nombre del cliente principal del negocio o actividad lucrativa (solamente si es persona moral): **Hospiserv sa de cv**

Lugar donde se ubica: **MÉXICO, Ciudad de México**

Monto aproximado del beneficio o ganancia mensual: **14064.00**

Beneficios privados (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Participación en Fideicomisos (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de participación en fideicomisos de pareja o dependiente economico no serán públicos.

No aplica