



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LIDIA DIAZ OMAÑA** en el puesto **SUBDIRECTOR "A" U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Lidia Diaz Omaña**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **5 de Marzo de 2021**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Universidad Autónoma Metropolitana**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **9 de Febrero de 1994**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

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

Calle: **Avenida Insurgentes Norte**

Área de adscripción: **Subdirección de Proyectos e Intervenciones Estratégicas**

Número interior: **Piso 5**

Número exterior: **423**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **M01008 Médico General b**

Código postal: **06900**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Noviembre de 2019**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 5512**

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:
Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Área de adscripción / Área: **Subdirección de Enfermedades no Transmisibles**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirector a**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2019**

Fecha de egreso: **15 de Noviembre de 2019**

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:
Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Área de adscripción / Área: **Subdirección de Sistemas Especiales de Enfermedades no Transmisibles y Crónico-Degenerativas**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirector a**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **16 de Febrero de 2018**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2018**

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:
Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Área de adscripción / Área: **Subdirección de Sistemas Especiales de Enfermedades no Transmisibles y Crónico-Degenerativas**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Encargada del Despacho de la Subdirección**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2017**

Fecha de egreso: **15 de Febrero de 2018**

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:
Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Área de adscripción / Área: **Subdirección de Sistemas Especiales de Enfermedades no Transmisibles**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirector a**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2005**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2016**

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:
Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Xochimilco**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirectora de Epidemiología y Medicina Preventiva**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2004**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2005**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante, pareja y/o dependientes económicos

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): **487,719.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **485,348.00**

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): **485,348.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Laboro en el Instituto de Salud del Estado de México como Médico General A**

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): **973,067.00**

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.

Tipo de vehículo: **Automóvil/ Motocicleta**

Titular del vehículo: **Declarante**

Modelo: **Otro**

Porcentaje: **100**

Año: **2022**

Transmisor (solamente si es persona moral): **Moral**

Valor de adquisición: **384,200.00**

Razón social (solamente si es persona moral): **nr Finance México, s. a. de c. v.**

Forma de adquisición: **Compra Venta**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **NFM0307091L9**

Forma de pago: **Crédito**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición del vehículo: **31 de Diciembre de 2021**

Marca: **RENAULT**

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: **Banorte**

R.F.C. De la institución: **BMN930209927**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Bancaria**

Subtipo de inversión: **Cuenta de Nómina**

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

Institución o razón social: **Banorte**

R.F.C. De la institución: **BMN930209927**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Bancaria**

Subtipo de inversión: **Cuenta de Ahorro**

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

Institución o razón social: **Allianz Mexico, s. a Compañía de Seguros**

R.F.C. De la institución: **AMS950419EG4**

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

Institución o razón social: **Allianz Mexico, s. a Compañía de Seguros**

R.F.C. De la institución: **AMS950419EG4**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Seguros**

Subtipo de inversión: **Seguro de Inversión**

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

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Crédito Automotriz**

Monto original del adeudo / pasivo: **384,200.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **31 de Diciembre de 2021**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **NFM0307091L9**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **nr Finance México, s. a. de c. v.**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Estado de México**

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Préstamo Personal**

Monto original del adeudo / pasivo: **40,000.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **26 de Abril de 2022**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **RSI0808047W9**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Refacil Servicios Integrales s. a. de c. v.**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Estado de México**

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.

No aplica

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