



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA DE LOURDES FERNANDEZ VELASCO** en el puesto **OPERATIVO 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): **María de Lourdes Fernandez Velasco**

Correo electrónico institucional: **marilu1438@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Enfermería General**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica**

Fecha: **23 de Septiembre de 2004**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Dgeti**

Fecha: **7 de Enero de 2014**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Enfermería**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad del Sureste**

Fecha: **19 de Octubre de 2023**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Canal Nacional esq con av Tlahuac**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **s/n**

Área de adscripción: **Centro de Salud**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

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

Colonia/Localidad: **san Sebastián**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **34859**

Código postal: **13093**

Especifique función principal: **Otro - Responsable de red de Frio**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **8 de Enero de 2018** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7858**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera General/Seguro Popular**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Materno Infantil de Topilejo

Fecha de ingreso: **15 de Diciembre de 2006**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2009**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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): **267,016.00**

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): **267,016.00**