



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ELIZABETH TOXQUI TERAN** 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): **Elizabeth Toxqui Teran**

Correo electrónico institucional: **etoxquit@cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medicina Veterinaria y Zootecnia**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Agosto de 1994**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Ciencias Biomédicas (Farmacología)**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **31 de Mayo de 2018**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Dirección de Epidemiología y Medicina Preventiva**

Número exterior: **430**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Veterinario b**

Código postal: **06900**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **7 de Julio de 2021** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 1592**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Director de Área a**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Regulación y Políticas Públicas**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno del Distrito Federal

Fecha de ingreso: **5 de Diciembre de 2010**

Área de adscripción / Área: **Dirección de Servicios de Salud y Cuidados Personales**

Fecha de egreso: **15 de Diciembre de 2018**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Regulación y Políticas Públicas**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2007**

Área de adscripción / Área: **Subdirección de Operación Sanitaria**

Fecha de egreso: **30 de Noviembre de 2010**

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): **173,020.00**

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): **173,020.00**