

Declaración pública **Declaración de modificación** de **AGUSTIN ANTONIO AYALA FLORES** 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): **Agustin Antonio Ayala Flores**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano**

Institución educativa: **Unam Facmed**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **11 de Septiembre de 2008**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad Para el Tratamiento de las Adicciones**

Institución educativa: **Centros de Integración Juvenil a. c.**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **1 de Septiembre de 2015**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud T-ii "Dr. José Zozaya"**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Encargado del Despacho de la Dirección del Centro de Salud T-li san Andrés Totoltepec**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 2023**

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

Calle: **Camino rel al Ajusco**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

Colonia/Localidad: **san Andrés Totoltepec**

Código postal: **14400**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7670**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Servicios de Salud Publica de la Ciudad de México**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud T-ii "Dr. José Zozaya"**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Especialista "b"**

Especifique función principal: **Otro - Encargado del Despacho de la Dirección del Centro de Salud T-li san Andrés Totoltepec**

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2019**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2024**

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): **326,826.00**

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): **326,826.00**