



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LILIANA YEUDIEL TORRES TORRES** 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): **Liliana Yeudiel Torres Torres**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Fecha: **4 de Enero de 2007**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Epidemiologia Aplicada**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Fecha: **23 de Mayo de 2018**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Calzada de Tlalpan**

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

Área de adscripción: **Jurisdiccion Sanitaria Coyoacan**

Número exterior: **Esquina Luis Spota**

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

Municipio/Alcaldía: **Benito Juárez**

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

Colonia/Localidad: **san Simón Ticumac**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General**

Código postal: **03660**

Especifique función principal: **Otro - Atencion Medica**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Marzo de 2023** Teléfono de oficina y extensión: **5551320900**

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 Pública de la Ciudad de México

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Coyoacan**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico**

Especifique función principal: **Otro - Atencion Medica**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2020**

Fecha de egreso: **15 de Abril de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

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 Pública del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Alvaro Obregon**

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

Especifique función principal: **Otro - Coordinacion, Supervision , Integrar**

Fecha de ingreso: **16 de Enero de 2014**

Fecha de egreso: **15 de Noviembre de 2018**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Direccion de Epidemiologia**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirectora de Area**

Especifique función principal: **Otro - Coordinacion, Supervision , Integrar**

Fecha de ingreso: **16 de Enero de 2014**

Fecha de egreso: **15 de Octubre de 2014**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Coyoacan**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefa de Unidad**

Especifique función principal: **Otro - Coordinacion, Supervision, Ejecutar**

Fecha de ingreso: **16 de Abril de 2021**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2023**

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): **32,830.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **14,000.00**

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): **14,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **docencia**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **46,830.00**