



Declaración pública **Declaración de modificación** de **CAROLINA LOPEZ DOMINGUEZ** 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): **Carolina Lopez Dominguez**

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

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciada en Enfermería y Obstetricia**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **19 de Mayo de 2014**

---

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Salud Publica**

Institución educativa: **I.C.E.S.T**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **20 de Abril de 2021**

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Clínica de Especialidades Número 2, ti Zócalo**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera General a**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2016**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Imss**

Área de adscripción / Área: **Umae Magdalena de las Salinas**

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

Calle: **Plaza de la Constitucion**

Número interior: **s/n**

Número exterior: **7**

Municipio/Alcaldía: **Cauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Centro (Área 1)**

Código postal: **06000**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550173800 - 6461**

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

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

Fecha de ingreso: **15 de Mayo de 2016**

Fecha de egreso: **2 de Febrero de 2017**

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): **344,062.00**

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): **344,062.00**