

Declaración pública **Declaración de modificación** de **PATRICIA DEL CARMEN ESPINOSA OCHOA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Patricia del Carmen Espinosa Ochoa**

Correo electrónico institucional: **drapaty1958@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Investigación y Desarrollo de Plantas Medicinales**

Institución educativa: **Universidad Autónoma del Estado de Morelos**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **31 de Agosto de 2020**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Terapia Familiar**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **25 de Abril de 2014**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina General Familiar**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **29 de Mayo de 2007**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **14 de Noviembre de 1984**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Químico Biológicas**

Institución educativa: **Escuela Nacional Preparatoria**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **15 de Julio de 1977**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Salud**

Área de adscripción: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Mayo de 1986**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Cooperativa Cruz Azul, S.C.

Área de adscripción / Área: **Casa de Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

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

Calle: **Carrasco esq Coapa**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

Colonia/Localidad: **Toriello Guerra**

Código postal: **14050**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5561066416**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Familiar Operativo**

Fecha de ingreso: **17 de Julio de 1996**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 1999**

Sector al que pertenece: **Industria Manufacturera**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Medicina Familiar de México, S.A. de C.V.

Área de adscripción / Área: **Atención Médica**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico de Consultorio**

Fecha de ingreso: **15 de Enero de 1992**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 1995**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Consultorio Médico**

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

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

Fecha de ingreso: **16 de Mayo de 1986**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 1992**

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): **598,475.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **55,573.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **12.00**

TIPO DE INSTRUMENTO QUE GENERÓ EL RENDIMIENTO O GANANCIA **OTRO**
OTRO CUENTA BANCARIA

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **55,561.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **ACADEMICO**

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): **654,048.00**