

Declaración pública **Declaración de modificación** de **CESAR ORTIZ RIOS** en el
puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Cesar Ortiz Rios**

Correo electrónico institucional: **cssalvadorc@sersalud.df.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Salud y Educacion**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores
Tamaulipas**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Marzo de 2017**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Chapultepec**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**Número interior: **s/n**

Área de adscripción: **Centro de Salud san Salvador Cuauhtenco**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Milpa Alta**

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

Colonia/Localidad: **san Salvador Cuauhtenco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera Jefe de Servicio**

Código postal: **12300**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2004** Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 7458**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto de Ciencias y Estudios Superiores Tamaulipas A.C.

Fecha de ingreso: **1 de Diciembre de 2014**

Fecha de egreso: **19 de Mayo de 2021**

Área de adscripción / Área: **Campus Mexico**

Sector al que pertenece: **Otro - Educacion**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Universidad Nacional Autonoma de Mexico

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2019**

Fecha de egreso: **19 de Mayo de 2021**

Área de adscripción / Área: **Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**

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): **496,078.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **212,720.00**

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): **212,720.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **educacion**

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): **708,798.00**