



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ELIZABETH ORTEGA HERNANDEZ** 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): **Elizabeth Ortega Hernandez**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermería y Obstetricia**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **12 de Julio de 2001**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **C.S.Tiii dr. Ignacio Morones Prieto**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera General Titulada c**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 2011**

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

Calle: **Plaza Hidalgo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sn**

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

Colonia/Localidad: **san Bartolo Ameyalco**

Código postal: **01800**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 6047**

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:
Secretaria de Salud

Área de adscripción / Área: **Direccion General de Informacion en Salud**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Apoyo Administrativo en Salud a8**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **16 de Febrero de 1994**

Fecha de egreso: **16 de Agosto de 2011**

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:
Secretaria de Salud

Área de adscripción / Área: **Instituto Nacional de Salud Publica**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Verificador Especializado c**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **16 de Octubre de 2000**

Fecha de egreso: **31 de Octubre de 2004**

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): **373,023.00**

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): **373,023.00**