



Declaración pública **Declaración inicial** de **ROSA MARIA LILIA CRUZ MANJARREZ** 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): **Rosa Maria Lilia Cruz Manjarrez**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **lic en Trabajo Social**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **13 de Febrero de 1986**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **lic en Trabajo Social**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **13 de Febrero de 1986**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **lic en Trabajo Social**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Escuela Nacional de Trabajo Social Unam**

Fecha: **13 de Febrero de 1986**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciada en Trabajo Social**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Escuela Nacional de Trabajo Social Unam**

Fecha: **13 de Febrero de 1986**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Profrío Becerra**

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

Número interior: **01419**

Área de adscripción: **c.s Minas de Cristo**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

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

Colonia/Localidad: **Minas Cristo rey**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Sipervisora Profesional en Trabajo Social Area Medica c**

Código postal: **01419**

Especifique función principal: **Otro - Atención a Usuarios**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 1981**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6096**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

No aplica

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **329,040.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

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

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **329,040.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**