



Declaración pública **Declaración de modificación** de **EDITH VARGAS ORTEGA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2021

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Edith Vargas Ortega**

Correo electrónico institucional: **edithvargasortega23@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medica Cirujana**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **24 de Noviembre de 1994**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina Interna**

Institución educativa: **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **28 de Febrero de 1998**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatat**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Salud**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **760**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Septiembre de 2005**

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

Calle: **Prolongacion Division del Norte Casi Avenida Mexico**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Xochimilco**

Colonia/Localidad: **Huichapan**

Código postal: **16030**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5556762767**

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:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Área de adscripción / Área: **Salud**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Especialista**

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

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 1993**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2019**

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): **415,672.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **323,452.00**

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): **323,452.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **EMPLEADA DEL ISSSTE**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **739,124.00**