

Declaración pública **Declaración de modificación** de **GABRIELA ORTEGA FLORES** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Gabriela Ortega Flores**

Correo electrónico institucional: **cdepb.ortega@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Cirujano Dentista**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **15 de Junio de 2010**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Especialidad en Protesis Bucal**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Latinoamericana**

Fecha: **15 de Julio de 2013**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **av Zacatlan**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Area de la Salud**

Número exterior: **146**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **Lomas de san Lorenzo**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Cirujano Dentista a**

Código postal: **09780**

Especifique función principal: **Otro - Atencion al Publico**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 2013**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6867**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Especialista en Protesis Bucal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Dentalia

Fecha de ingreso: **1 de Septiembre de 2013**

Fecha de egreso: **1 de Marzo de 2015**

Área de adscripción / Área: **Ciudad de Mexico**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Especialista en Protesis Bucal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Sonria

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2013**

Fecha de egreso: **1 de Marzo de 2014**

Área de adscripción / Área: **Cdmx**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Especialista en Protesis Bucal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Dentix

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2015**

Fecha de egreso: **1 de Febrero de 2017**

Área de adscripción / Área: **Cdmx**

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

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

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): **353,088.00**

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): **353,088.00**