



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA DEL PILAR RODEA GOMEZ** 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): **María del Pilar Rodea Gomez**  
Correo electrónico institucional: **prodea75@hotmail.com**

**Datos curriculares del declarante**

Nivel: <b>Especialidad</b>	Estatus: <b>Finalizado</b>
Carrera: <b>Especialidad en Salud Publica</b>	Documento obtenido: <b>Título</b>
Institución educativa: <b>Ices Tamaulipas</b>	Fecha: <b>20 de Junio de 2018</b>
Ubicación: <b>México</b>	

Nivel: <b>Licenciatura</b>	Estatus: <b>Finalizado</b>
Carrera: <b>Licenciada en Enfermería y Obstetricia</b>	Documento obtenido: <b>Título</b>
Institución educativa: <b>Universidad Nacional Autonoma de Mexico</b>	Fecha: <b>20 de Junio de 2010</b>
Ubicación: <b>México</b>	

**Datos del empleo, cargo o comisión**

Nivel / Orden de gobierno: <b>Estatal</b>	Domicilio del empleo, cargo o comisión: <b>México</b>
Ambito público: <b>Ejecutivo</b>	Calle: <b>Genaro Vazquez Esq.Nardo</b>
Nombre del ente público: <b>Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México</b>	Número interior: <b>(Ninguno)</b>
Área de adscripción: <b>Centro de Salud Tiii san Miguel Teotongo</b>	Número exterior: <b>sin Numero</b>
Empleo, cargo o comisión: <b>Operativo u Homologo (a)</b>	Municipio/Alcaldía: <b>Iztapalapa</b>
¿Es contrato(a) por honorarios?: <b>no</b>	Colonia/Localidad: <b>san Miguel Teotongo Sección la Cruz</b>
Nivel del empleo, cargo o comisión: <b>Enfermera Especialista"C"</b>	Código postal: <b>09630</b>
Especifique función principal: <b>Atención Directa al Público</b>	Entidad federativa: <b>Ciudad de México</b>
Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: <b>3 de Marzo de 1997</b>	Teléfono de oficina y extensión: <b>5550381700 - 6965</b>

**Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

Ámbito / Sector en el que laboraste: <b>Privado</b>	Empleo cargo o comisión / Puesto: <b>Enfermera General</b>
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: <b>Clinica Londres</b>	Fecha de ingreso: <b>2 de Octubre de 1995</b>
Área de adscripción / Área: <b>Servicio Medico</b>	Fecha de egreso: <b>3 de Enero de 1997</b>
R.F.C. (Si es sector privado): <b>(Ninguno)</b>	Sector al que pertenece: <b>Servicios de Salud</b>
	Lugar donde se ubica: <b>México</b>

**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): **480,913.00**

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): **480,913.00**