



Declaración pública **Declaración de modificación** de **VALERIA ORTIZ LEON** 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): **Valeria Ortiz Leon**

Correo electrónico institucional: **vortiz@sersalud.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional Eseo**

Fecha: **30 de Junio de 2006**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Colegio de Bachilleres Plantel Numero 2**

Fecha: **30 de Junio de 2001**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Boleta**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Tecnica 127 Adolfo Lopez Mateos**

Fecha: **30 de Junio de 1998**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Boleta**

Institución educativa: **Juan de Dios Rodriguez Heredia**

Fecha: **30 de Junio de 1995**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **82b**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Centro de Salud tii Gertrudis Sanchez**

Número exterior: **6025**

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

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

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

Colonia/Localidad: **Gertrudis Sánchez 2a Sección**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Auxiliar de Enfermería a**

Código postal: **07839**

Especifique función principal: **Otro - Referente a Funciones de Enfermería**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Septiembre de 2007**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 7067**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar de Enfermería a**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Referente a Enfermería**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Fecha de ingreso: **16 de Septiembre de 2007**

Área de adscripción / Área: **cs t iii Palmatitla**

Fecha de egreso: **26 de Mayo de 2021**

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): **298,794.00**

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): **298,794.00**