

Declaración pública **Declaración de modificación** de **LUIS MANUEL LOPEZ ORTIZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Luis Manuel Lopez Ortiz**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **14 de Mayo de 1982**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina Familiar**

Documento obtenido: **Certificado**

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

Fecha: **9 de Noviembre de 2001**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Lago Iseo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Jurisdiccion Sanitaria no. Xiii Miguel Hidalgo**

Número exterior: **106**

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

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

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

Colonia/Localidad: **Mariano Escobedo**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General "c"**

Código postal: **11310**

Especifique función principal: **Otro - Programa de Salud Escolar**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Abril de 2001** Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

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: **Consulta Externa**

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

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

Fecha de ingreso: **16 de Agosto de 1982**

Fecha de egreso: **9 de Marzo de 1998**

Lugar donde se ubica: **México**

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: **Jefatura**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Departamento Clinico**

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

Fecha de ingreso: **16 de Marzo de 1998**

Fecha de egreso: **12 de Marzo de 2010**

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): **549,673.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **559,126.00**

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): **559,126.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **PENSION**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **1,108,799.00**