



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARTHA ROSAS CORONA** 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): **Martha Rosas Corona**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Familiar**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Fecha: **17 de Septiembre de 1998**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Familiar**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Fecha: **17 de Septiembre de 1998**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Avenida Gaston Melo**

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

Área de adscripción: **Jurisdiccion Milpa Alta**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Milpa Alta**

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

Colonia/Localidad: **Tenantitla**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Especialista b**

Código postal: **12100**

Especifique función principal: **Otro - Responsable de Enseñanza**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Marzo de 1989** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7408**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico de Traslado de Pacientes**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Medico de Urgencias**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital General de Zona No.32

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 1990**

Área de adscripción / Área: **Imss**

Fecha de egreso: **1 de Noviembre de 2017**

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): **1,185,247.00**

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): **1,185,247.00**