



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ROSALIA SANTOS URIBE** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Rosalía Santos Uribe**

Correo electrónico institucional: **drarosalia.santos@yahoo.com.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partera**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Junio de 1982**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Salud**

Área de adscripción: **Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Encargada del Expediente Clínico**

Especifique función principal: **Otro - Encargada de Mecic**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **25 de Noviembre de 2016**

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

Calle: **av. Luis Cabrera**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **619**

Municipio/Alcaldía: **la Magdalena Contreras**

Colonia/Localidad: **san Jerónimo Lídice**

Código postal: **10200**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5556835094**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Especifique función principal: **Otro - Consulta Medica**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Materno Infantil Cuauhtepec

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 1986**

Fecha de egreso: **10 de Noviembre de 2004**

Área de adscripción / Área: **Consulta Externa**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Encarga de Epidemiología**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Especifique función principal: **Otro - Cultivos**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Materno Infantil Cuajimalpa

Fecha de ingreso: **9 de Junio de 2004**

Fecha de egreso: **7 de Junio de 2010**

Área de adscripción / Área: **Epidemiología**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Encarga de Epidemiología**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Especifique función principal: **Otro - Cultivos**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2010**

Fecha de egreso: **30 de Julio de 2016**

Área de adscripción / Área: **Epidemiología**

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): **203,052.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **50,556.00**

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): **50,556.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO DOCENCIA SEP

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **253,608.00**