



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA DEL ROSARIO ACEVEDO RIVERA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Inclusión y Bienestar Social** en **2023**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **María del Rosario Acevedo Rivera**

Correo electrónico institucional: **rossmary170670@hotmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Técnico en Administración con Bachillerato**

Institución educativa: **Centro de Estudios Técnicos en Administración, Computación y Secretariales**

Estatus: **Trunco**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Técnico Profesional en Gericultura**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Centro de Estudios Tecnológicos, Industrial y de Servicios n° 10**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Junio de 1992**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Canal Nacional**

Nombre del ente público: **Secretaría de Inclusión y Bienestar Social**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Instituto de Atención a Poblaciones Prioritarias**

Número exterior: **sin Numero**

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

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

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

Colonia/Localidad: **Villa Quietud**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **189**

Código postal: **04960**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Julio de 2006** Teléfono de oficina y extensión: **5556713969**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Técnico Profesional Gericultista**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Instituto de Atención Privada**

Fecha de ingreso: **16 de Noviembre de 1996**

Área de adscripción / Área: **Casa Hogar Para Ancianos Concepción Beistegui**

Fecha de egreso: **15 de Enero de 1999**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

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): **189,940.00**

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): **189,940.00**