

Declaración pública **Declaración de modificación** de **ROSA MARIA BADILLO OSTIGUIN** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Rosa Maria Badillo Ostiguin**

Correo electrónico institucional: **rsbadill@yahoo.com.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especilaista en Medicina Ginecoobstetricia**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Marzo de 2002**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **31 de Julio de 1998**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Bachillerato**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **27 de Septiembre de 1997**

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 Pediatrico Xochimilco**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **760**

Especifique función principal: **Otro - Medico Especialista**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Noviembre de 2011**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Avenida 16 de Septiembre**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Xochimilco**

Colonia/Localidad: **Barrio Xaltocan**

Código postal: **16090**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5556760555 - 109**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Dalinde

Fecha de ingreso: **14 de Febrero de 2005**

Fecha de egreso: **16 de Julio de 2007**

Área de adscripción / Área: **Medico Especialista**

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): **696,083.00**

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): **696,083.00**