



Declaración pública **Declaración de modificación** de **BENJAMIN ORTEGA ROMERO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Benjamin Ortega Romero**

Correo electrónico institucional: **consulta.externahpi@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

No aplica

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Atención de Pacientes**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Agosto de 2022**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Calzada Ermita Izttapalapa**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **780**

Municipio/Alcaldía: **Milpa Alta**

Colonia/Localidad: **Villa Milpa Alta Centro**

Código postal: **12000**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5556859416**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Salud

Área de adscripción / Área: **Hospital General Iztapalapa**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Director del Hospital General Iztapalapa**

Especifique función principal: **Otro - Direccion del Hospital**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2018**

Fecha de egreso: **15 de Septiembre de 2019**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Salud

Área de adscripción / Área: **Hospital General Milpa Alta**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Director del Hospital General Milpa Alta**

Especifique función principal: **Otro - Direccion del Hospital**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2000**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2013**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Salud

Área de adscripción / Área: **Hospital General Milpa Alta**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Encargado del Despacho de la Direccion del Hospital Milpa Alta**

Especifique función principal: **Otro - Encargado del Desacho de la Direccion del Hospital General Milpa Alta**

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 1999**

Fecha de egreso: **20 de Febrero de 2000**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaria de Salud Cdmx

Área de adscripción / Área: **Director del Hospital Gregorio Salas**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Director del Hospital General dr Gregorio Salas**

Especifique función principal: **Otro - Direccion**

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2013**

Fecha de egreso: **31 de Marzo de 2018**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital General Milpa Alta

Área de adscripción / Área: **Dirección**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Director del Hospital General Milpa Alta**

Especifique función principal: **Otro - Dirección del Hospital**

Fecha de ingreso: **16 de Septiembre de 2019**

Fecha de egreso: **31 de Julio de 2022**

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): **595,189.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **40,336.00**

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): **40,336.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **atención medica**

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): **635,525.00**