

Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA VIRGINIA LOPEZ SERRANO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Miguel Hidalgo** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Maria Virginia Lopez Serrano**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Cirujano Dentista**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **9 de Junio de 2006**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Ortodoncia**

Institución educativa: **Icom**

Ubicación: **México**

Estatus: **Cursando**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Miguel Hidalgo**

Área de adscripción: **Jurisdiccion Sanitaria Miguel Hidalgo**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Coordinador en Areas de la Salud c**

Especifique función principal: **Otro - Odontologo del Programa Salud en tu Casa)Medico en tu Cas)**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2016**

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

Calle: **General Benjamin Hill**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **14**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Hipódromo Condesa**

Código postal: **06170**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7331**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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**

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Miguel Hidalgo**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Coordinador en Areas de la Salud c**

Especifique función principal: **Otro - Odontologo del Programa Salud en tu Casa)Medico n tu Cas) Atencion a Adultos Mayores**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2016**

Fecha de egreso: **22 de Mayo de 2023**

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): **269,831.00**

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): **269,831.00**