



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MIRIAM LOPEZ ROSALES** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Miriam Lopez Rosales**

Correo electrónico institucional: **jsazcapo.ajuridicos@sersalud.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Derecho**

Institución educativa: **Colegio Universitario del Distrito Federal**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **31 de Mayo de 2016**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Calle: **Cedro**

Área de adscripción: **Jurisdicción Sanitaria Azcapotzalco**

Número interior: **Planta Baja**

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

Número exterior: **4**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Soporte Administrativo c**

Colonia/Localidad: **Santa María la Ribera**

Especifique función principal: **Otro - Encargada de Oficialia de Partes, Enlace de Transparencia y Protección de Datos Personales así Como de Asuntos Jurídicos.**

Código postal: **06400**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 2018**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6177**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Soporte Administrativo a**

Especifique función principal: **Otro - Enlace de Transparencia y Protección de Datos Personales así Como de Asuntos Jurídicos**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2012**

Fecha de egreso: **31 de Julio de 2017**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Iztacalco**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Apoyo Administrativo en Salud a-5**

Especifique función principal: **Otro - Apoyo Administrativo**

Fecha de ingreso: **16 de Agosto de 2011**

Fecha de egreso: **31 de Marzo de 2012**

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): **377,452.00**

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): **377,452.00**