Declaracion pública **Declaración de modificación** de **RITA ISABEL AGUILAR MALDONADO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Rita Isabel Aguilar Maldonado**

Correo electrónico institucional: **isabella242702@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Administracion de Empresas Turisticas**

Institución educativa: **Universidad Abierta y a Distancia de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Cursando**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Tronco Comun**

Institución educativa: **Prepa en Linea sep**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Noviembre de 2018**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Profesional Tecnico en Informatica**

Institución educativa: **Conalep Ing. Bernardo Quintana Arrioja**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **27 de Enero de 2003**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Secretaria de Salud de la Cdmx**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Operativo Asignado pr b**

Especifique función principal: **Otro - Administrativo**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **17 de Febrero de 2020**

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

Calle: **av. Insurgentes Norte**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Código postal: **06900**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5551321250 - 1321**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Sistema Municipal dif**

Área de adscripción / Área: **Centro de Rehabilitacion e Integraciòn Social**

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

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Fecha de ingreso: **17 de Enero de 2006**

Fecha de egreso: **13 de Enero de 2016**

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): **52,907.00**

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): **52,907.00**