

Declaración pública **Declaración de modificación** de **ROSALBA BRIONES SANCHEZ** en el puesto **ENLACE "B" U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Rosalba Briones Sanchez**

Correo electrónico institucional: **ROSALBA_BRIONES@HOTMAIL.COM**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestria en Administracion de Hospitales y Salud Publica**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto de Estudios Superiores en Administracion Publica**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Marzo de 2018**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **8 de Agosto de 2012**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Tecnico Laboratorista Clinico**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **30 de Julio de 2003**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Nivel Basico**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Escuela Secundaria General**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Julio de 2000**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Carrera: **Nivel Basico**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Escuela Primaria Gustavo Diaz Ordaz**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Julio de 1997**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud Ramos Millan**

Empleo, cargo o comisión: **Enlace "b" u Homologo (a)**

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General "a"**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 2018** Teléfono de oficina y extensión: **56486696 - 6761**

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:
Secretaría de Salud

Área de adscripción / Área: **Medico**

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

Calle: **sur 159 y Oriente 120**

Número interior: **0**

Número exterior: **0**

Municipio/Alcaldía: **Iztacalco**

Colonia/Localidad: **Gabriel Ramos Millán Sección Cuchilla**

Código postal: **08030**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico General "a"**

Especifique función principal: **Otro - Consulta Medica**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2018**

Fecha de egreso: **26 de Mayo de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Área de adscripción / Área: **Medico**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Supervisor Medico de Zona Imss Prospera**

Especifique función principal: **Otro - Supervision Medica**

Fecha de ingreso: **1 de Septiembre de 2014**

Fecha de egreso: **30 de Diciembre de 2016**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **dif Chimalhuacan , edo de mex**

Área de adscripción / Área: **Medico**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico General**

Especifique función principal: **Otro - Coordinador Epidemiologia**

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2014**

Fecha de egreso: **30 de Agosto de 2014**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Fundacion Best

Área de adscripción / Área: **Medico**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico General**

Fecha de ingreso: **14 de Febrero de 2011**

Fecha de egreso: **7 de Enero de 2014**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante, pareja y/o dependientes económicos

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): **28,627,089.00**

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): **28,627,089.00**

Bienes inmuebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Bienes muebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Vehículos

Todos los datos de vehículos declarados a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos

Todos los datos de las inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Adeudos / Pasivos

Todos los datos de los adeudos / pasivos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos

No aplica

Préstamo o comodato por terceros

No aplica

II. DECLARACIÓN DE INTERESES

Participación en empresas, sociedades o asociaciones (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en empresas, sociedades o asociaciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

¿Participa en la toma de decisiones de alguna de estas instituciones? (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en alguna de estas instituciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Apoyos o beneficios públicos (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Representación (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de representación de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Clientes principales (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de clientes principales de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Beneficios privados (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Participación en Fideicomisos (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de participación en fideicomisos de pareja o dependiente economico no serán públicos.

No aplica