



Declaración pública **Declaración de modificación** de **IGNACIO ANTONIO MOSQUEDA RODRIGUEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Ignacio Antonio Mosqueda Rodriguez**

Correo electrónico institucional: **ignacio.mosqueda@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Médico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Fecha: **17 de Marzo de 1986**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina Familiar**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Secretaría de Salud**

Fecha: **1 de Febrero de 1992**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Lucerna**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Clinica de Especialidades no. 6**

Número exterior: **67**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Juárez**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Médico General c**

Código postal: **06600**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6512**

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:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **Clínica de Especialidades no. 6**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General c**

Especifique función principal: **Otro - Consulta**

Fecha de ingreso: **16 de Mayo de 2018**

Fecha de egreso: **31 de Mayo 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:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud T-III D.R. Manuel Dominguez**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Unidad**

Especifique función principal: **Otro - Dirección**

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2017**

Fecha de egreso: **15 de Mayo 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:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **Clínica de Especialidades no. 5**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Unidad**

Especifique función principal: **Otro - Dirección**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2015**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2017**

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:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **C.S. T-III dr. Jose Castro Villagrana**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Unidad**

Especifique función principal: **Otro - Dirección**

Fecha de ingreso: **16 de Julio de 2014**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2015**

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:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **C.S. T-II san Andres Totoltepec**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Unidad**

Especifique función principal: **Otro - Dirección**

Fecha de ingreso: **16 de Agosto de 2013**

Fecha de egreso: **15 de Julio de 2014**

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): **500,707.00**

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): **500,707.00**