



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ROSA MARIA ORTIZ IBARRA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Rosa Maria Ortiz Ibarra**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

No aplica

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Xocoyote Xanicho**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Centro de Salud t11 Arenal 4a Secc.**

Número exterior: **92**

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

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

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

Colonia/Localidad: **Arenal 4a Sección**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Coordinadora del Servicio Dental**

Código postal: **15640**

Especifique función principal: **Otro - Enlace**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 1981** Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Cirujano Dentista**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Especifique función principal: **Otro - Enlace**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicio de Salud de la Ciudad de Mexico

Fecha de ingreso: **6 de Junio de 1881**

Fecha de egreso: **1 de Enero de 1900**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Tiii Arenal 4ta Seccion**

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): **622,649.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **5,000.00**

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): **5,000.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **DENTISTA**

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): **627,649.00**

