



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ADRIANA MAGDALENA IBAÑEZ MEDINA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en Alcaldía Iztapalapa en 2024

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Adriana Magdalena Ibañez Medina**

Correo electrónico institucional: **adyamor\_19@hotmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Cirujano Dentista**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **25 de Enero de 2007**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Iztapalapa**

Área de adscripción: **Unidad Departamental de Asistencia Medica**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **159**

Especifique función principal: **Otro - Controlador de Asistencia**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Noviembre de 2016**

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

Calle: **Aldama esq Ayuntamiento**

Número interior: **0**

Número exterior: **63**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **san Lucas**

Código postal: **09000**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **58044140 - 1146**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Clinica Dental y Especialidades Medicas Excellence**

Área de adscripción / Área: **Area Dental**

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

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

Fecha de ingreso: **14 de Febrero de 2013**

Fecha de egreso: **26 de Julio de 2013**

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

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:  
**Sistema Para el Desarrollo Integral de la Familia del df**

Área de adscripción / Área: **Direccion Ejecutiva de Asistencia Alimenticia**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Prestador de Servicios Prof y Cient**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **2 de Julio de 2007**

Fecha de egreso: **9 de Enero 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): **208,067.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **77,950.00**

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): **77,950.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **CONSULTORIO DENTAL**

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): **286,017.00**