



Declaración pública **Declaración de modificación** de **KARLA MARITZA SOTO AYALA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2024

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Karla Maritza Soto Ayala**

Correo electrónico institucional: **karsoaya@yahoo.com.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Ortodoncia**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **Ceio**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Cirujano Dentista**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **18 de Febrero de 1999**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **25 de Julio de 1993**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública**

Fecha: **2 de Marzo de 2024**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital General Topilejo**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Cirujano Dentista**

Especifique función principal: **Otro - Cirujano Dentista**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2005**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Consultorio Dental

Área de adscripción / Área: **Odontología**

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

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

Calle: **Santa Cruz**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **1**

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

Colonia/Localidad: **san Miguel Topilejo**

Código postal: **14500**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5558480870**

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

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 1999**

Fecha de egreso: **1 de Septiembre de 2005**

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

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): **408,106.00**

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): **408,106.00**