

Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA LUCIA ROSALES CORDERO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2024

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Maria Lucia Rosales Cordero**

Correo electrónico institucional: **docrosales@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **16 de Abril de 2009**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Salud Publica**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores Tamaulipas**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **11 de Febrero de 2019**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatel**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud T-li Solidaridad Tetelco**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Encargada de Despacho de la Direccion**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Septiembre de 2022**

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

Calle: **Calle Jose Maria Morelos Esquina Vicente Guerrero**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sn**

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

Colonia/Localidad: **san Nicolás Tetelco**

Código postal: **13700**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5576370035**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatel**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Servicios de Salud Publica de la Cuidad de Mexico**

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2017**

Fecha de egreso: **28 de Mayo de 2023**

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): **414,441.00**

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): **414,441.00**