



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA TERESITA ESPINOSA ORTEGA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Coyoacán** en **2024**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **María Teresita Espinosa Ortega**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Cirujana Dentista**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **6 de Agosto de 1998**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Bachillerato**

Institución educativa: **enp no 9**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **18 de Junio de 1993**

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Coyoacán**

Área de adscripción: **Subdirección de Salud**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Atención Dental**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Mayo de 2015** Teléfono de oficina y extensión: **5589754157**

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

Calle: **Avenida del Panteon**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **5**

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

Colonia/Localidad: **Pueblo la Candelaria**

Código postal: **04380**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Área de adscripción / Área: **Cirujana Dentista**

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

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

Fecha de ingreso: **27 de Agosto de 1999**

Fecha de egreso: **13 de Febrero de 2014**

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): **154,203.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **120,000.00**

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): **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): **120,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Donación**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **274,203.00**