



Declaración pública **Declaración inicial** de **GABRIELA LOPEZ RAMIREZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Universidad Rosario Castellanos** en **2025**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Gabriela Lopez Ramirez**

Correo electrónico institucional: **gabriela.lopez@unisa.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **2 de Julio de 2002**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina Integrada del Adulto Mayor**

Institución educativa: **Universidad Veracruzana**

Ubicación: **México**

Estatus: **Trunco**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Diplomado en Ultrasonografia**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Junio de 2015**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Universidad Rosario Castellanos**

Área de adscripción: **Docencia**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medio Tiempo c**

Especifique función principal: **Otro - Docente**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Enero de 2025**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Vasco de Quiroga**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **1345**

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

Colonia/Localidad: **Santa fe**

Código postal: **01210**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5546188005**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Sistema de Salud

Fecha de ingreso: **28 de Diciembre de 2024**

Fecha de egreso: **9 de Enero de 2025**

Área de adscripción / Área: **Consultorio**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)
(Cantidades netas después de impuestos): **17,760.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **17,760.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**