Declaracion pública **Declaración de modificación** de **CECILIA FRANCISCA RUIZ OLVERA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Cecilia Francisca Ruiz Olvera**

Correo electrónico institucional: **cruiz@sersalud.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **22 de Enero de 1979**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Jurisdiccion Sanitaria Benito Juarez**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Responsable de Programas**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Abril de 1982**

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

Calle: **Calzada de Tlalpan**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **1133**

Municipio/Alcaldía: **Benito Juárez**

Colonia/Localidad: **san Simón Ticumac**

Código postal: **03660**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6247**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud dr. Jose Zozaya**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Unidad de Atencion Medica**

Especifique función principal: **Otro - Directora de Unidad**

Fecha de ingreso: **16 de Septiembre de 1992**

Fecha de egreso: **16 de Octubre de 1996**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Portales**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Unidad de Atencion Medica**

Especifique función principal: **Otro - Directora de Unidad**

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2001**

Fecha de egreso: **16 de Enero de 2005**

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): **583,113.00**

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): **583,113.00**