



Declaración pública **Declaración de modificación** de **DALIA RIOS NIETO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Dalia Rios Nieto**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Anestesiologa**

Institución educativa: **Universidad Veracruzana**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **28 de Febrero de 2005**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Escuela Superior de Medicina**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **10 de Agosto de 2000**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital Pediatrico Iztacalco**

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

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **702**

Especifique función principal: **Otro - Médico Especialista**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Agosto de 2017**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Coyuya**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Iztacalco**

Colonia/Localidad: **la Cruz**

Código postal: **08310**

Entidad federativa: **None**

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Medico**

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

Fecha de ingreso: **15 de Mayo de 2005**

Fecha de egreso: **15 de Abril de 2017**

Área de adscripción / Área: **Hospital General José Cardel**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico no Familiar**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Médico**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Fecha de ingreso: **13 de Marzo de 2005**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2019**

Área de adscripción / Área: **Hospital General de Zona 71**

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): **270,482.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **539,484.00**

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): **539,484.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Servicios médicos**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **809,966.00**