



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ERNESTO VALDERRAMA HERRERA** 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): **Ernesto Valderrama Herrera**

Correo electrónico institucional: **ernestovalher@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad Anahuac Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Julio de 2010**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatel**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital Pediatrico Peralvillo**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Medico Urgencias**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Febrero de 2020**

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

Calle: **Calzada san Simon**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **14**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **san Simón Tolnáhuac**

Código postal: **06920**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5555834180**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Soljac md.**

Área de adscripción / Área: **Unidad Operativa/ Servicio Medicos**

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

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

Fecha de ingreso: **15 de Febrero de 2012**

Fecha de egreso: **15 de Junio de 2014**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Hewlett Packard**

Área de adscripción / Área: **Comercio al por Mayor /Area Medica**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2014**

Fecha de egreso: **1 de Agosto de 2019**

Sector al que pertenece: **Comercio al por Mayor**

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): **262,518.00**

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): **262,518.00**