



Declaración pública **Declaración de conclusión** de **RUBY STEPHANY BALDERAS DIAZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Ruby Stephany Balderas Diaz**

Correo electrónico institucional: **drabaldi25@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina Legal**

Institución educativa: **Uaem**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **14 de Febrero de 2017**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Judicial**

Nombre del ente público: **Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Coordinacion General de Investigacion Forense y Servicios Periciales**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **15 de Junio de 2021**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **av Coyoacan**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **1635**

Municipio/Alcaldía: **Benito Juárez**

Colonia/Localidad: **del Valle sur**

Código postal: **03104**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5552009000 - 000**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Auto Empleo**

Fecha de ingreso: **31 de Mayo de 2018**

Fecha de egreso: **14 de Febrero de 2020**

Área de adscripción / Área: **Servicio Medico**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Rams Todo en Salud Ocupacional**

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2017**

Fecha de egreso: **1 de Mayo de 2018**

Área de adscripción / Área: **Servicio Medico**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Consultorio Privado**

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2017**

Fecha de egreso: **1 de Mayo de 2018**

Área de adscripción / Área: **Servicio Medico**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Hospital de Especialidades Cristal**

Fecha de ingreso: **17 de Septiembre de 2015**

Fecha de egreso: **25 de Agosto de 2016**

Área de adscripción / Área: **Servicio Medico**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Sanatorio Maternidad de Jesus**

Fecha de ingreso: **15 de Septiembre de 2014**

Fecha de egreso: **15 de Septiembre de 2015**

Área de adscripción / Área: **Servicio Medico**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante, pareja y/o dependientes económicos

I - Remuneración neta del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **1.00**

II - Otros ingresos del declarante (Suma del II.1 al II.5): **16,000.00**

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): **16,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **SALARIOS POR EMPRESA PRIVADA NO GUBERNAMENTAL**

A. Ingreso del declarante del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión (suma del numeral I y II): **16,001.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

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