



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

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Diana Rios Baez**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Quiropractica**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Universidad Estatal del Valle de Ecatepec**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Escuela Superior de Medicina -Ipn**

Fecha: **15 de Julio de 2016**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Educacion Basica**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Universidad Latinoamericana**

Fecha: **2 de Julio de 2002**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Educacion Basica**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Colegio las Rosas**

Fecha: **2 de Julio de 1999**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Educacion Basica**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Colegio las Rosas**

Fecha: **5 de Julio de 1996**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Tolnahuac**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital Pediátrico Peralvillo**

Número exterior: **14**

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

Municipio/Alcaldía: **Cauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **san Simón Tolnáhuac**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Coordinador Galene Salud**

Código postal: **06920**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Abril de 2016** Teléfono de oficina y extensión: **5557829448**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

No aplica

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): **235,134.00**

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): **235,134.00**