



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ANA ADELA ROJAS RAMIREZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Inclusión y Bienestar Social** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **ana Adela Rojas Ramirez**

Correo electrónico institucional: **anaadelar@yahoo.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Trabajo Social**

Institución educativa: **Cetis 5**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **4 de Julio de 2003**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Bachillerato Tecnológico**

Institución educativa: **Cetis 5**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Agosto de 2005**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Gerontología**

Institución educativa: **Instituto Mexicano de Psicooncología**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **15 de Enero de 2021**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Psicoterapia Transpersonal Integrativa**

Institución educativa: **Instituto Mexicano de Psicooncología**

Ubicación: **México**

Estatus: **Cursando**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Inclusión y Bienestar Social**

Área de adscripción: **Dirección Ejecutiva del Instituto Para el Envejecimiento Digno**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **18.9**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2007**

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

Calle: **Rembrandt**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **32**

Municipio/Alcaldía: **Benito Juárez**

Colonia/Localidad: **Mixcoac**

Código postal: **03910**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5555633728**

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:
Secretaría de Salud

Área de adscripción / Área: **Sistema de Protección Social en Salud**

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

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

Fecha de ingreso: **15 de Febrero de 2005**

Fecha de egreso: **13 de Octubre de 2005**

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:
Secretaría de Salud

Área de adscripción / Área: **Salud Comunitaria**

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

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

Fecha de ingreso: **25 de Julio de 2006**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2007**

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): **273,227.00**

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): **273,227.00**