Declaracion pública **Declaración de modificación** de **LUCIA RAMIREZ MARTINEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas Residentes** en **2022**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Lucia Ramirez Martinez**

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

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Secretaria Ejecutiva**

Institución educativa: **C.E.C Simón Bolivar**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Junio de 1995**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas Residentes**

Área de adscripción: **Dirección Ejecutiva de Administración y Finanzas**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Tecnico en Sistemas pr c**

Especifique función principal: **Otro - Apoyo y Control de Gestión Documental**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2019**

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

Calle: **Fray Servando Teresa de Mier**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **198**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Centro (Área 1)**

Código postal: **06000**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **11026500 - 6539**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Área de adscripción / Área: **Salud**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Asistente Dental**

Fecha de ingreso: **17 de Julio de 2000**

Fecha de egreso: **5 de Febrero de 2019**

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

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): **123,356.00**

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): **123,356.00**