Declaracion pública **Declaración de modificación** de **ALBA SORAYMA BARBA RAMIREZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Alba Sorayma Barba Ramirez**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Administración**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México (Facultad de Contaduría y Administración)**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **15 de Abril de 1999**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **c. c. c. "Dr. Alfonso Angellini de la Garza" (Jurisdicción Sanitaria Coyoacán)**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Apoyo Administrativo en Salud a6**

Especifique función principal: **Otro - Apoyo Administrativo en Salud a6. Encargada del Área de Caja. Encargada del Servicio de Fotocopiado. Apoyo en el Área Administrativa.**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Octubre de 1999**

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

Calle: **h. Escuela Naval Militar**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s / n**

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

Colonia/Localidad: **Ex-Ejido de san Francisco Culhuacán**

Código postal: **04420**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6388**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Seguros Axa; s. a. de c. v.**

Área de adscripción / Área: **Emisión Gastos Médicos Mayores Grupo y Colectivo.**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Productor Gastos Médicos Mayores.**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2009**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2012**

Sector al que pertenece: **Servicios Financieros**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **ing Seguros Comercial América; s. a. de c. v.**

Área de adscripción / Área: **Pago Proveedores (Siniestros Autos).**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar Administrativo de Pagos Autos.**

Fecha de ingreso: **11 de Marzo de 2002**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2008**

Sector al que pertenece: **Servicios Financieros**

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): **248,162.00**

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): **248,162.00**