



Declaración pública **Declaración de modificación** de **GUIESCANDA MELISA VALDIVIESO RUIZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno CDMX** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Guiescanda Melisa Valdivieso Ruiz**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Ciencias de la Salud**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Médico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Fecha: **26 de Marzo de 2020**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

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

Nombre del ente público: **Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno Cdmx**

Calle: **Avenida Insurgentes Norte**

Área de adscripción: **Coordinación de Servicios de Salud y de Cuidados Personales**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **423**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Colonia/Localidad: **san Simón Tolnáhuac**

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

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: **1 de Febrero de 2021**

Teléfono de oficina y extensión: **5557591505**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico de Cabina**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Bmsa

Fecha de ingreso: **15 de Junio de 2020**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2021**

Área de adscripción / Área: **Bmsa**

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 de Cabina**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **gea Internacional**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2020**

Fecha de egreso: **4 de Junio de 2020**

Área de adscripción / Área: **gea Internacional**

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

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

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): **310,816.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **147,120.00**

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): **147,120.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Beca maestría**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **457,936.00**