



Declaración pública **Declaración de modificación** de ROSA MARIA RUIZ RAMOS 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): **Rosa María Ruiz Ramos**

Correo electrónico institucional: **rosy.ruiz.ramos@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Ciencias de la Comunicación**

Estatus: **Trunco**

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

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **av san Jeronimo**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Jurisdiccion Sanitaria Magdalena Contreras**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **la Magdalena Contreras**

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

Colonia/Localidad: **Pueblo Nuevo Alto**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Soporte Administrativo b**

Código postal: **10640**

Especifique función principal: **Otro - Administrador**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **17 de Agosto de 2015**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 7212**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Soporte Administrativo b**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Especifique función principal: **Administración de Bienes**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Fecha de ingreso: **16 de Febrero de 2006**

Fecha de egreso: **30 de Mayo de 2018**

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Magdalena Contreras**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Soporte Administrativo**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Especifique función principal: **Contratos, Adquisiciones, Servicios y Obra Pública**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Fecha de ingreso: **16 de Febrero de 2006**

Fecha de egreso: **30 de Mayo de 2018**

Área de adscripción / Área: **J.U.D. de Almacenes Desconcentrados**

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): **247,893.00**

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): **247,893.00**