Declaracion pública **Declaración de modificación** de **ANTELMA PELENCO 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): **Antelma Pelenco Ramirez**

Correo electrónico institucional: **telma_8016@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Cics uma ipn**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **19 de Marzo de 2015**

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: **Hospital General Iztapalapa Juan Ramon de la Fuente**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico de Honorarios**

Especifique función principal: **Otro - Servicio Medico**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **5 de Mayo de 2020**

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

Calle: **Avenida Ermita Iztapalapa**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **2018**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Citlalli**

Código postal: **09660**

Entidad federativa: **None**

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Ambulancias Humana**

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Spervisor**

Fecha de ingreso: **7 de Marzo de 2019**

Fecha de egreso: **2 de Junio de 2020**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Clinica Reforma**

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

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

Fecha de ingreso: **2 de Octubre de 2018**

Fecha de egreso: **30 de Julio 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): **672,000.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **576,000.00**

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): **576,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **subsidio**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **1,248,000.00**