



Declaración pública **Declaración inicial** de **DIEGO EDUARDO RAMIREZ IBARGUENGOITIA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

---

## **I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL**

### **Datos generales del declarante**

Nombre(s): **Diego Eduardo Ramirez Ibarguengoitia**

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

### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Anáhuac**

Fecha: **10 de Diciembre de 2016**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **la Salle Boulevares**

Fecha: **29 de Mayo de 2009**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Instituto Ciencias**

Fecha: **2 de Junio de 2006**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Instituto el Pedregal**

Fecha: **30 de Mayo de 2003**

Ubicación: **México**

---

### **Datos del empleo, cargo o comisión**

Nivel / Orden de gobierno: **Estat**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Cuajimalpa**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **18 de Septiembre de 2017**

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

Calle: **Cerrada Jurez**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **11**

Municipio/Alcaldía: **Cuajimalpa de Morelos**

Colonia/Localidad: **Cuajimalpa**

Código postal: **05000**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 6636**

#### **Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Medical Life**

Área de adscripción / Área: **Central de Emergencias Cuajimalpa**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

Fecha de ingreso: **19 de Diciembre de 2016**

Fecha de egreso: **15 de Septiembre de 2017**

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

Lugar donde se ubica: **México**

---

#### **Ingresos netos del declarante**

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **220,000.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **220,000.00**

**¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?**

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**