



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JULIA DENISSE ALVARADO RAMIREZ** en el puesto **JEFE DE UNIDAD DEPARTAMENTAL "A" U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Julia Denisse Alvarado Ramirez**

Correo electrónico institucional: **denissealvarado.rmz@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina Forense**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional**

Documento obtenido: **Boleta**

Fecha: **28 de Agosto de 2019**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Salud**

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

Calle: **av. Insurgentes Norte**

Área de adscripción: **Dirección de Servicios Médico Legales y en Centros de Readaptación Social**

Número interior: **Piso 20**

Empleo, cargo o comisión: **Jefe de Unidad Departamental "a" u Homologo (a)**

Número exterior: **423**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Centro (Área 1)**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Jefatura de Unidad Departamental de Medicina Legal**

Código postal: **06000**

Especifique función principal: **Otro - Organizar y Supervisar el Otorgamiento de Atención Médico Legal**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **51321200 - 1866**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Septiembre de 2019**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Coordinador en Areas de la Salud b**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Especifique función principal: **Otro - Gestor de Seguro Popular**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Secretaría de Salud**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2015**

Fecha de egreso: **31 de Agosto de 2019**

Área de adscripción / Área: **Sistema de Protección Social en Salud**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante, pareja y/o dependientes económicos

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): **221,940.00**

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): **221,940.00**

Bienes inmuebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Bienes muebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Vehículos

Todos los datos de vehículos declarados a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos

Todos los datos de las inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Adeudos / Pasivos

Todos los datos de los adeudos / pasivos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Fecha de adquisición: **20 de Noviembre de 2020**

Porcentaje: **100**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **USP090302PW9**

Tipo de adeudo: **Crédito Personal**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Universal de Servicios Patrimoniales Sapi de cv Sofom enr**

Monto original del adeudo / pasivo: **30,000.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Ciudad de México**

Préstamo o comodato por terceros

No aplica

II. DECLARACIÓN DE INTERESES

Participación en empresas, sociedades o asociaciones (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en empresas, sociedades o asociaciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

¿Participa en la toma de decisiones de alguna de estas instituciones? (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en alguna de estas instituciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Apoyos o beneficios públicos (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Representación (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de representación de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Clientes principales (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de clientes principales de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Beneficios privados (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Participación en Fideicomisos (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de participación en fideicomisos de pareja o dependiente economico no serán públicos.

No aplica