



Declaración pública **Declaración de modificación** de **DALIA RIOS NIETO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Dalia Rios Nieto**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Anestesiologa**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Universidad Veracruzana**

Fecha: **28 de Febrero de 2005**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Médico Cirujano y Partero**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Escuela Superior de Medicina**

Fecha: **10 de Agosto de 2000**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Técnico**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Fecha: **31 de Julio de 1992**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Coyuya**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital Pediatrico Iztacalco**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztacalco**

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

Colonia/Localidad: **la Cruz**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **702**

Código postal: **08310**

Especifique función principal: **Otro - Médico Especialista**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Agosto de 2017**

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

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaria de Salud del Estado de Veracruz

Fecha de ingreso: **15 de Mayo de 2005**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2017**

Área de adscripción / Área: **Hospital General Jose Cardel**

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): **339,430.00**

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): **339,430.00**