Declaracion pública **Declaración inicial** de **ANGELICA RAMOS HERNANDEZ** 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): **Angelica Ramos Hernandez**

Correo electrónico institucional: **lika.hangylup.11@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Químico - Biológicas**

Institución educativa: **Colegio de Bachilleres**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **11 de Diciembre de 2017**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **José Martí #84**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Enero de 2009**

Nivel: **Primaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Plan de san Luís**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Junio de 2005**

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: **Jurisdicción Sanitaria de Iztapala**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Promotor de la Salud**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Mayo de 2020**

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

Calle: **Trigo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **129**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Granjas Esmeralda**

Código postal: **09810**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6802**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Hospital de Rehabilitación san Vicente**

Área de adscripción / Área: **Cuidados de Niños con Discapacidad**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Cuidador**

Fecha de ingreso: **8 de Enero de 2018**

Fecha de egreso: **19 de Febrero de 2018**

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): **7,091.00**

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): **7,091.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

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