



Declaración pública **Declaración de modificación** de **DULCE GRISELDA RUIZ VEGA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Dulce Griselda Ruiz Vega**

Correo electrónico institucional: **mafaldaxv1@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Médico Especialista en Pediatría**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **17 de Enero de 2010**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Médico Especialista en Pediatría**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **17 de Enero de 2010**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Médico Especialista en Pediatría**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **17 de Enero de 2010**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital Pediátrico san Juan de Aragón**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Especialista Galene Salud b**

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

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

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Avenida 506**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

Colonia/Localidad: **san Juan de Aragón i Sección**

Código postal: **07969**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**
Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Especialista**
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**
Especifique función principal: **Atención Directa al Público**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Isem**
Fecha de ingreso: **15 de Octubre de 2012**
Fecha de egreso: **30 de Junio de 2017**
Área de adscripción / Área: **Hospital General de Ecatepec**
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**
Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Especialista**
Nivel / Orden de gobierno: **Federal**
Especifique función principal: **Atención Directa al Público**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Imss**
Fecha de ingreso: **16 de Mayo de 2011**
Fecha de egreso: **30 de Noviembre de 2013**
Área de adscripción / Área: **Hospital de Ginecobstetricia no. 4**
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): **304,142.00**

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): **304,142.00**