



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MAGDALENA RAMIREZ CHAVARRIAS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Magdalena Ramirez Chavarrias**

Correo electrónico institucional: **ramchavarrsmag@yahoo.com.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad de Enfermería en Salud Pública**

Institución educativa: **Instituto Nacional de Salud Publica**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **31 de Agosto de 2001**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciado en Enfermeria**

Institución educativa: **Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **7 de Octubre de 1996**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Preparatoria**

Institución educativa: **Universidad Autónoma del Estado de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Agosto de 1990**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Secundaria**

Institución educativa: **Secundaria Oficial 111 Gabriela Mistral**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Junio de 1987**

Nivel: **Primaria**

Carrera: **Primaria**

Institución educativa: **Fray Servando Teresa de Mier**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Junio de 1984**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatel**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **mar de los Vapores Esquina Crater Platon**

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

Número interior: **s/n**

Área de adscripción: **c. s. tii Ampliacion Selene**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

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

Colonia/Localidad: **Selene**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Jefe de Enfermeras**

Código postal: **13420**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2008**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7530**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

No aplica

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): **550,962.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **79,588.00**

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): **79,588.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Asesora clinica de Enfermeria**

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): **630,550.00**