



Declaración pública **Declaración de modificación** de **EDGAR BAUDEL RAMIREZ NUÑEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en Procuraduría Social de la Ciudad de México en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Edgar Baudel Ramirez Nuñez**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Contaduría**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **17 de Septiembre de 2002**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Diplomado en Farmacología Clínica**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **15 de Diciembre de 2007**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Diplomado en Monitoreo Clínico**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **15 de Diciembre de 2008**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **av. rio Churubusco**

Nombre del ente público: **Procuraduría Social de la Ciudad de México**

Número interior: **Edificio b**

Área de adscripción: **jud de Oficina Desconcentrada en Iztacalco, Iztapalapa y Tlahuac**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztacalco**

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

Colonia/Localidad: **Gabriel Ramos Millán Sección Bramadero**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **96**

Código postal: **08000**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Septiembre de 1999**

Teléfono de oficina y extensión: **5556485473**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Procuraduría Federal del Consumidor

Área de adscripción / Área: **Dirección General de Programación,
Organización y Presupuestoad**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Supervision de la Aplicación Contable y Documentación Soporte**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2003**

Fecha de egreso: **1 de Enero de 2004**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Gustavo Esteban Lugo Zamudio

Área de adscripción / Área: **Coordinación de Estudios Clínicos**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Coordinador de Estudios Clínicos**

Fecha de ingreso: **15 de Febrero de 2007**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 2011**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Comité Mexicano Para la Prevención de la Osteoporosis a.c

Área de adscripción / Área: **Coordinación de Estudios Clínicos**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Coordinador de Estudios Clínicos**

Fecha de ingreso: **12 de Enero de 2012**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2014**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Mexicano de Educacion Medica e Investigación Clínica s.c

Área de adscripción / Área: **Coordinación de Estudios Clínicos**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Coordinador de Estudios Clínicos**

Fecha de ingreso: **2 de Mayo de 2014**

Fecha de egreso: **30 de Mayo de 2015**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

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): **240,758.00**

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): **240,758.00**