

Declaración pública **Declaración de modificación** de **PABLO PEREZ RUIZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Pablo Perez Ruiz**

Correo electrónico institucional: **pablopruiz57@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **Universidad Autonoma Metropolitana**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Enfermería**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **16 de Noviembre de 1983**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Cecilio Robelo**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Enfermería**

Número exterior: **sin Numero**

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

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

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

Colonia/Localidad: **Aeronáutica Militar**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermero Especialista b**

Código postal: **15970**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **8 de Febrero de 1990**

Teléfono de oficina y extensión: **55520844 - 2602**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar de Enfermería**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal

Fecha de ingreso: **16 de Julio de 1982**

Fecha de egreso: **7 de Febrero de 1990**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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): **261,456.00**

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): **261,456.00**