



Declaración pública **Declaración de conclusión** de **DULCE NOMBRE DE MARIA BELEM GOMEZ RAMIREZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Dulce Nombre de Maria Belem Gomez Ramirez**

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

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Salud Pública**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, a. c.**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **2 de Octubre de 2017**

---

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Rehabilitacion Neurologica**

Institución educativa: **Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **11 de Junio de 2010**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médica Cirujana**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **26 de Abril de 2001**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Secretaría de Salud de la Ciudad de México**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Médico General a**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **29 de Febrero de 2024**

**Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

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

Calle: **Retorno de la Ciudadela y Nazario Arias**

Número interior: **s/n**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Ermita Zaragoza**

Código postal: **09180**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**  
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Secretaría de Salud de la Ciudad de México**  
Área de adscripción / Área: **Centro de Salud tii Ermita Zaragoza**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General a**  
Especifique función principal: **Atención Directa al Público**  
Fecha de ingreso: **16 de Mayo de 2011**  
Fecha de egreso: **29 de Febrero de 2024**  
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Tratados de Teoloyucan**  
Área de adscripción / Área: **Docencia**  
R.F.C. (Si es sector privado): **TTE891110J69**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Capacitación**  
Fecha de ingreso: **5 de Julio de 2022**  
Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2023**  
Sector al que pertenece: **Otro - Educativo**  
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Club Aleman de Mexico sa de cv**  
Área de adscripción / Área: **Recursos Humanos**  
R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico de Guardia**  
Fecha de ingreso: **6 de Abril de 2010**  
Fecha de egreso: **6 de Enero de 2018**  
Sector al que pertenece: **Servicios de Esparcimiento**  
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **the American British Cowdray Medical Center**  
Área de adscripción / Área: **Área de Pediatría**  
R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Hospitalización y Urgencias**  
Fecha de ingreso: **14 de Julio de 2003**  
Fecha de egreso: **15 de Septiembre de 2006**  
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:  
**Seguros Inbursa s. a Grupo Financiero inb**  
Área de adscripción / Área: **Seguros de Vida**  
R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Dictaminador**  
Fecha de ingreso: **4 de Junio de 2001**  
Fecha de egreso: **1 de Febrero de 2002**  
Sector al que pertenece: **Servicios Financieros**  
Lugar donde se ubica: **México**

**Ingresos netos del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante, pareja y/o dependientes económicos**

I - Remuneración neta del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **72,923.00**

II - Otros ingresos 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 del declarante del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión (suma del numeral I y II): **72,923.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **Si**

Fecha de inicio: **(Ninguno)**

Fecha de salida: **(Ninguno)**

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): **(Ninguno)**

II - Otros ingresos del declarante (Suma del II.1 al II.5): **(Ninguno)**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.2 - Por actividad financiera (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **(Ninguno)**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **(Ninguno)**