



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ALMA DELIA RAMIREZ DIAZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Alma Delia Ramirez Diaz**

Correo electrónico institucional: **gabiota_125@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Capturista de Datos**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Telecom**

Fecha: **15 de Mayo de 1986**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

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

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

Área de adscripción: **jud de Control de Personal**

Número interior: **Piso 9**

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

Número exterior: **423**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Apoyo Administrativo a5**

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Especifique función principal: **Otro - Recepcion, Capturas de los Diferentes Movimientos que se Realizan en el Area, Como Bajas, Altas, Cambios de Adscripcion**

Código postal: **06900**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Septiembre de 1989**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 1556**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Apoyo Administrativo en Salud a5**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Recepcion, Captura de los Diferentes Movimientos Como Altas Bajas Cambios de Adscripcion**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Servicios de Salud Publica de la Cdmx**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2020**

Área de adscripción / Área: **jud de Control de Personal**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2020**

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): **266,411.00**

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): **266,411.00**