Declaracion pública **Declaración de modificación** de **NANCY ROCIO RAMIREZ CRUZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Iztapalapa** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Nancy Rocio Ramirez Cruz**

Correo electrónico institucional: **dra_r328@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano**

Institución educativa: **Facultad de Medicina Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **12 de Marzo de 2015**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Iztapalapa**

Área de adscripción: **Direccion General de Inclusion y Bienestar Social**

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

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Operativo u Homologo**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **2 de Mayo de 2016**

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

Calle: **Avenida Telecomunicaciones**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **1**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Unidad Ejército Constitucionalista**

Código postal: **09220**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5526330052**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Alcaldía Iztapalapa**

Área de adscripción / Área: **Unidad Administrativa**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico**

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

Fecha de ingreso: **17 de Noviembre de 2016**

Fecha de egreso: **28 de Mayo de 2024**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Facultad de Medicina Unam**

Área de adscripción / Área: **Docencia**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Profesor de Asignatura**

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2022**

Fecha de egreso: **28 de Mayo de 2024**

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): **93,980.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **74,479.00**

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): **74,479.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Profesor**

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): **168,459.00**