

Declaración pública **Declaración de modificación** de **CARLOTA GERMAN 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): **Carlota German Ramirez**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano General**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **22 de Febrero de 1996**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Salud Publica**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, ac**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **2 de Febrero de 2019**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Clínica de Especialidades Número 6**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Mo1009 - Médico General c**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 1997**

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

Calle: **Lucerna**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **67**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Juárez**

Código postal: **06600**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud tii Eduardo Liceaga**

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 1998**

Fecha de egreso: **16 de Marzo de 2003**

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): **565,986.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **75,000.00**

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): **75,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **INGRESOS CONCUBINO**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **640,986.00**