



Declaración pública **Declaración de modificación** de **GABRIELA IVONNE RAMIREZ NOE** en el puesto **DIRECTOR "B" U HOMOLOGO(A)** en **Secretaría de Seguridad Ciudadana** en **2024**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Gabriela Ivonne Ramirez noe**

Correo electrónico institucional: **giramirez@ssc.cdmx.gob.mx**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Escuela Superior de Medicina ipn**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **16 de Abril de 2010**

---

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Gestion de Instituciones y Centros Hospitalarios**

Institución educativa: **uvm**

Ubicación: **México**

Estatus: **Cursando**

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Seguridad Ciudadana**

Área de adscripción: **Centro de Evaluación y Control de Confianza de la ssc Cdmx**

Empleo, cargo o comisión: **Director "b" u Homologo(A)**

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Director b**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Mayo de 2020**

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

Calle: **Cerrada sur de los 100 Metros**

Número interior: **sn**

Número exterior: **sn**

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

Colonia/Localidad: **Delegación Política Gustavo a Madero**

Código postal: **07059**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **52425100 - 6252**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Secretaría de Seguridad Ciudadana**

Área de adscripción / Área: **Area de Evaluacion Medica y Toxicologica de la Dirección General del Centro de Evaluación y Control de Confianza ssc Cdmx**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Unidad Departamental de Detección de Drogas de Abuso**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2019**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2020**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Secretaría de Cultura**

Área de adscripción / Área: **Area Medica**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2018**

Fecha de egreso: **30 de Noviembre de 2018**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Secretaría de Seguridad Pública**

Área de adscripción / Área: **Area de Evaluacion Medica y Toxicologica de la Dirección General del Centro de Evaluación y Control de Confianza ssc Cdmx**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Supervisor de Evaluación de Detección de Drogas de Abuso**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2013**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2019**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Clínica Medica san Juan**

Área de adscripción / Área: **Area Medica**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

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

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2012**

Fecha de egreso: **29 de Febrero de 2012**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Secretaria de Seguridad Ciudadana**

Área de adscripción / Área: **Area de Evaluacion Medica y Toxicologica de la Dirección General del Centro de Evaluación y Control de Confianza ssc Cdmx**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Evaluador del Area de Detección de Drogas de Abuso**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **2 de Marzo de 2012**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2013**

Lugar donde se ubica: **México**

---

**Ingresos netos del declarante, pareja y/o dependientes económicos**

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): **656,459.00**

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): **656,459.00**

**Bienes inmuebles**

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

**Bienes muebles**

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

**Vehículos**

Todos los datos de vehículos declarados a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

**Inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos**

Todos los datos de las inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos.

Institución o razón social: **Banco Mercantil del Norte sa de cv**

R.F.C. De la institución: **BMN930209927**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Bancaria**

Subtipo de inversión: **Cuenta de Nómina**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: **Declarante**

¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:  
**México, Ciudad de México**

---

Institución o razón social: **Banorte**

R.F.C. De la institución: **BMN930209927**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Bancaria**

Subtipo de inversión: **Cuenta de Cheques**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: **Declarante**

¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:  
**México, Ciudad de México**

---

Institución o razón social: **Bbva Bancomer**

R.F.C. De la institución: **BBA830831LJ2**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Bancaria**

Subtipo de inversión: **Cuenta de Nómina**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: **Declarante**

¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:  
**México, Ciudad de México**

---

#### **Adeudos / Pasivos**

Todos los datos de los adeudos / pasivos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Crédito Personal**

Monto original del adeudo / pasivo: **111,000.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **10 de Junio de 2022**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **USP090302PW9**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Universal de Servicios Patrimoniales S.A.P.I de c.v Sofom E.N.R**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Estado de México**

---

#### **Préstamo o comodato por terceros**

Tipo de préstamo o comodato: **Inmueble**

Nombre, denominación o razón social del dueño o titular (solamente si es persona moral): **(Ninguno)**

Tipo de bien: **Departamento**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **(Ninguno)**

---

## **II. DECLARACIÓN DE INTERESES**

### **Participación en empresas, sociedades o asociaciones (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de la participación en empresas, sociedades o asociaciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

### **¿Participa en la toma de decisiones de alguna de estas instituciones? (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de la participación en alguna de estas instituciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

### **Apoyos o beneficios públicos (hasta los 2 últimos años)**

No aplica

**Representación (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de representación de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

**Clientes principales (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de clientes principales de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

**Beneficios privados (hasta los 2 últimos años)**

No aplica

**Participación en Fideicomisos (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de participación en fideicomisos de pareja o dependiente económico no serán públicos.

No aplica