



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ROSA NERID FUERTE ROGEL** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2025**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Rosa Nerid Fuerte Rogel**

Correo electrónico institucional: **rosafuerte.86@outlook.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Enfermería**

Institución educativa: **Conalep Milpa Alta**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **26 de Octubre de 2006**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Cursando**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Enfermería**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Auxiliar de Enfermería**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 7881**

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

Calle: **Camino a la Cantera**

Número interior: **s/n**

Número exterior: **12**

Municipio/Alcaldía: **Xochimilco**

Colonia/Localidad: **Santiago Tepalcatlalpan**

Código postal: **16200**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Cuidados Particulares

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2017**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2019**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2015**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2015**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Educador Comunitario**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaria de Educacion Publica

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2009**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2015**

Área de adscripción / Área: **Servicios Comunitarios**

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): **268,644.00**

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): **268,644.00**