



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA DEL REFUGIO ESPINO RIVERA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **María del Refugio Espino Rivera**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Homeopata Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Escuela Libre de Homeopatía de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **16 de Mayo de 2019**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medico Forense**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **16 de Mayo de 2019**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Bachillerato**

Institución educativa: **Colegio de Bachilleres**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **1 de Junio de 1999**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Medicina Legal y en Centros de Readaptacion Social**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Responsable de la Unidad Medica del Centro de Sanciones Administrativas y de Integracion Social**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **2 de Enero de 2019**

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

Calle: **av Aquiles Serdan Esquina Lago Gascasonica**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

Colonia/Localidad: **san Diego Ocoyoacac**

Código postal: **11290**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **53869397**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Seguros Banorte

Fecha de ingreso: **9 de Julio de 2012**

Fecha de egreso: **13 de Junio de 2014**

Área de adscripción / Área: **Gasto Medico**

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

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

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): **268,713.00**

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): **268,713.00**