

Declaración pública **Declaración de modificación** de **RICARDO PEREZ MENDOZA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Ricardo Perez Mendoza**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Fecha: **19 de Agosto de 2011**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermería**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **Escuela Superior de Enfermería**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Avenida Santa fe**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Centro de Salud Tiii Lomas de la era**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

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

Colonia/Localidad: **Jalalpa Tepito 2a Ampliación**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General**

Código postal: **01296**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2015** Teléfono de oficina y extensión: **5555321200**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Farmacias del Ahorro

Fecha de ingreso: **14 de Mayo de 2013**

Fecha de egreso: **16 de Septiembre de 2015**

Área de adscripción / Área: **Medico General**

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: **Privado**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Farmacia Genericos Intercambiables

Fecha de ingreso: **14 de Febrero de 2012**

Fecha de egreso: **28 de Marzo de 2014**

Área de adscripción / Área: **Medico General**

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): **220,000.00**

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): **220,000.00**