

Declaración pública **Declaración de modificación** de **ADRIANA RAMOS ANGUIANO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2021

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Adriana Ramos Anguiano**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Enfermería**

Institución educativa: **Fest Iztacala**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **23 de Agosto de 1990**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Lic. en Enfermería**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A.C.**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **20 de Enero de 2014**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital Pediátrico de Peralvillo**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **670**

Especifique función principal: **Administración de Recursos Humanos**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Noviembre de 2006**

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

Calle: **Tolnahuac**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **14**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **san Simón Tolnáhuac**

Código postal: **06920**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5555834180**

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: **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Área de adscripción / Área: **Hospital de Pediatría cmn Sxxi**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subjefe de Enfermeras**

Especifique función principal: **Administración de Recursos Humanos**

Fecha de ingreso: **10 de Diciembre de 1990**

Fecha de egreso: **1 de Septiembre de 2020**

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): **355,006.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **662,731.00**

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): **662,731.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Ingresos del IMSS**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **1,017,737.00**