



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ERENDIRA RAMIREZ HERRERA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2022

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Erendira Ramirez Herrera**

Correo electrónico institucional: **mihuatopanga@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Universidad Tecnológica de México Unitec -Sur**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Pedagogía**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Reforma Aeronautica**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Área de Urgencias Covid 19**

Número exterior: **3018**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **Reforma Política**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Promotor en Salud Área Covid19**

Código postal: **09730**

Especifique función principal: **Otro - Apoyo al Médico Especialista
Responsable del Paciente Grave por Covid 19**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2021**

Teléfono de oficina y extensión: **5558047000**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermería- Pasante Licenciatura**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Especifique función principal: **Otro - Apoyo al Médico Especialista
Responsable del Paciente Grave por Covid 19**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaria de Salud de la Ciudad de México

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2020**

Área de adscripción / Área: **Área de Urgencias Covid**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2021**

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): **269,934.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **48,633.00**

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): **48,633.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **PENSIÓN**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **318,567.00**