



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

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Veronica Ramirez Rosas**

Correo electrónico institucional: **veronica.ramirez.r9008@outlook.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia Unam**

Fecha: **2 de Diciembre de 2021**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Profesional Técnico - Bachiller en Enfermería General**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Conalep Chalco 263**

Fecha: **20 de Septiembre de 2012**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **E.S.T.I.C. n° 82 "Josefa Ortiz de Domínguez"**

Fecha: **29 de Julio de 2005**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **av. Mexico Puebla Benito Juarez**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Cs-Tiii "Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda"**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **Santa Martha Acatitla**

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

Código postal: **09510**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **hmg Hospital Coyoacán**

Fecha de ingreso: **2 de Enero de 2017**

Fecha de egreso: **29 de Septiembre de 2020**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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

R.F.C. (Si es sector privado): **OHM060822EG1**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Nuevo Sanatorio Durango s.a de c.v**

Fecha de ingreso: **15 de Octubre de 2012**

Fecha de egreso: **19 de Diciembre de 2016**

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**

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): **239,887.00**

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): **239,887.00**