



Declaración pública **Declaración de modificación** de **EDUARDO JERICO RODRIGUEZ BUCHELI RAMIREZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Eduardo Jerico Rodriguez Bucheli Ramirez**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Neumología Pediátrica**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de México**

Fecha: **15 de Diciembre de 2016**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Pediatría**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de México**

Fecha: **8 de Enero de 2015**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de México**

Fecha: **4 de Noviembre de 2010**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Boleta**

Institución educativa: **Colegio Indoamericano**

Fecha: **31 de Julio de 2004**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Colegio Reina Elizabeth**

Fecha: **31 de Julio de 2001**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estat**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Tolnahuac**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital Pediátrico Peralvillo**

Número exterior: **14**

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

Municipio/Alcaldía: **Cauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **san Simón Tolnáhuac**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Especialista Galene Salud a**

Código postal: **06920**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Julio de 2016** Teléfono de oficina y extensión: **55558341**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2015**

Área de adscripción / Área: **Neumopediatria**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2017**

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): **325,669.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **846,414.00**

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): **846,414.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Medico Especialista**

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): **1,172,083.00**