



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ROSMARY CAROLINA VIERAS ARAUJO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Rosmary Carolina Vieras Araujo**

Correo electrónico institucional: **rc.vieras@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medica Cirujana**

Institución educativa: **Universidad de Carabobo**

Ubicación: **Extranjero**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **2 de Diciembre de 2011**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialista en Medicina Interna**

Institución educativa: **Universidad de Carabobo**

Ubicación: **Extranjero**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **2 de Diciembre de 2015**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital General de Tlahuac**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Coordinador Experto c**

Especifique función principal: **Otro - Medico**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **26 de Abril de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

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

Calle: **Avenida la Turba**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **655**

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

Colonia/Localidad: **la Turba**

Código postal: **13250**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico de Planta**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Centro Policlínico Valencia Venezuela

Fecha de ingreso: **13 de Diciembre de 2014**

Fecha de egreso: **3 de Diciembre de 2019**

Área de adscripción / Área: **Urgencias**

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

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

Lugar donde se ubica: **Extranjero**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Angel Larralde Venezuela

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2017**

Fecha de egreso: **1 de Febrero de 2018**

Área de adscripción / Área: **Medicina Interna**

Lugar donde se ubica: **Extranjero**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Asistente de Farmacia**

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

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

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

Fecha de ingreso: **14 de Febrero de 2020**

Fecha de egreso: **24 de Abril de 2020**

Área de adscripción / Área: **Farmacia**

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): **34,800.00**

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): **34,800.00**