



Declaración pública **Declaración de modificación** de YARA YUNUETH ESPINOSA RAMIREZ en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Yara Yunueth Espinosa Ramirez**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermería**

Institución educativa: **Etac Campus Coacalco**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Julio de 2022**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Profesional Tecnico Bachiller en Enfermería General**

Institución educativa: **Conalep Nezahualcoyotl i**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **31 de Julio de 2018**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Secundaria**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Tecnica no. 12 Guardias
Presidenciales**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Junio de 2015**

Nivel: **Primaria**

Carrera: **Primaria**

Institución educativa: **Escuela Primaria Issste**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Junio de 2012**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Hospital Pediátrico de la Villa**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera General**

Especifique función principal: **Otro - Enfermera General**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Abril de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **5557812103**

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

Calle: **av. Cantera**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

Colonia/Localidad: **Villa Gustavo a. Madero**

Código postal: **07050**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Pasante en Servicio Social de Enfermería**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatat**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital General dr José Maria Rodríguez

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2018**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Fecha de egreso: **31 de Julio de 2019**

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): **214,206.00**

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): **214,206.00**