

Declaración pública **Declaración inicial** de **ROSMARY CAROLINA VIERAS ARAUJO** en el puesto **DIRECTOR "A" U HOMOLOGO(A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

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: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Especialista en Medicina Interna**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad de Carabobo**

Fecha: **2 de Diciembre de 2015**

Ubicación: **Extranjero**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad de Carabobo**

Fecha: **2 de Diciembre de 2011**

Ubicación: **Extranjero**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Avenida la Turba**

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

Número interior: **(Ninguno)**

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

Número exterior: **655**

Empleo, cargo o comisión: **Director "a" u Homologo(A)**

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

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

Colonia/Localidad: **la Turba**

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

Código postal: **13250**

Especifique función principal: **Otro - Medico**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **26 de Abril 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: **Medico Especialista de Planta**

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

Fecha de ingreso: **14 de Diciembre de 2014**

Fecha de egreso: **26 de Noviembre 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 Adscrito**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Medico**

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

Fecha de ingreso: **14 de Marzo de 2017**

Fecha de egreso: **13 de Agosto de 2018**

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

Lugar donde se ubica: **Extranjero**

Ingresos netos del declarante, pareja y/o dependientes económicos

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)
(Cantidades netas después de impuestos): **40,480.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **40,480.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**

Bienes inmuebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Bienes muebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Vehículos

Todos los datos de vehículos declarados a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos

Todos los datos de las inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos.

(NINGUNO)

Adeudos / Pasivos

Todos los datos de los adeudos / pasivos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos

No aplica

Préstamo o comodato por terceros

Tipo de préstamo o comodato: **Inmueble**

Tipo de bien: **Departamento**

Nombre, denominación o razón social del dueño o titular (solamente si es persona moral): **(Ninguno)**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **(Ninguno)**

II. DECLARACIÓN DE INTERESES

Participación en empresas, sociedades o asociaciones (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en empresas, sociedades o asociaciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

¿Participa en la toma de decisiones de alguna de estas instituciones? (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en alguna de estas instituciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Apoyos o beneficios públicos (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Representación (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de representación de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Clientes principales (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de clientes principales de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Beneficios privados (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Participación en Fideicomisos (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de participación en fideicomisos de pareja o dependiente economico no serán públicos.

No aplica