

Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIANA RAMIREZ BECERRIL** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Mariana Ramirez Becerril**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Química Farmaceutica Biologa**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Noviembre de 2017**

Datos del empleo, cargo o comisión

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud Romero Rubio**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Responsable de Almacen de Vacunas
Jurisdiccional**

Especifique función principal: **Otro - Responsable de Almacen de Vacunas
Jurisdiccional**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 2022**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Manchuria**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **8**

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

Colonia/Localidad: **Aguiles Serdán**

Código postal: **15430**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550301700**

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

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

Área de adscripción / Área: **Farmacia**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Responsable**

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2019**

Fecha de egreso: **1 de Julio de 2019**

Sector al que pertenece: **Comercio al por Mayor**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Área de adscripción / Área: **Laboratorio**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Quimico de Laboratorio**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2014**

Fecha de egreso: **1 de Enero de 2019**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Angeles Acoxpa

Área de adscripción / Área: **Laboratorio**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Quimico de Laboratorio**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2014**

Fecha de egreso: **1 de Enero de 2019**

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

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): **174,694.00**

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): **174,694.00**