



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA DEL ROSARIO HERICA MENDEZ CASTRO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Maria del Rosario Herica Mendez Castro**

Correo electrónico institucional: **erika.mendez071075@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Técnico en Contabilidad**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicio # 42**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **4 de Enero de 2019**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Calle Trigo**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa**

Número exterior: **129**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **Progreso del sur**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Apoyo Administrativo Experto en Salud c**

Código postal: **09810**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **28 de Mayo de 2020**

Teléfono de oficina y extensión: **5524197074**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Apoyo Administrativo Experto en Salud c**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2014**

Fecha de egreso: **20 de Diciembre de 2019**

Área de adscripción / Área: **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): **114,528.00**

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): **114,528.00**