



Declaración pública **Declaración de conclusión** de **LUIS RICARDO MONROY RAMIREZ DE ARELLANO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Luis Ricardo Monroy Ramirez de Arellano**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Composición**

Institución educativa: **Inba**

Ubicación: **México**

Estatus: **Trunco**

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 Pediatrico Tacubaya**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Promotor en Salud**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Febrero de 2023**

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

Calle: **Carlos Lazo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **25**

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

Colonia/Localidad: **Tacubaya**

Código postal: **11870**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Instituto Jalisciense de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos**

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

Especifique función principal: **Otro - Administración del Instituto**

Fecha de ingreso: **16 de Diciembre de 2019**

Fecha de egreso: **15 de Enero de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **h. Ayuntamiento de Guadalajara**

Área de adscripción / Área: **Servicios Medicos Municipales**

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

Especifique función principal: **Otro - Administrador de la Unidad**

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2017**

Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 2019**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante, pareja y/o dependientes económicos

I - Remuneración neta del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **14,400.00**

II - Otros ingresos 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 del declarante del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión (suma del numeral I y II): **14,400.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

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