



Declaración pública **Declaración de modificación** de **KARINA LIZZETH AGUILAR RAMOS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Karina Lizzeth Aguilar Ramos**

Correo electrónico institucional: **karinalar22@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Tecnica en Banco de Sangre**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **28 de Noviembre de 2008**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Lic. en Bioquímica Diagnóstica**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Mayo de 2015**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Laboratorio Especializado**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Quimica a**

Especifique función principal: **Otro - Atencion Paramedica**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Noviembre de 2015**

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

Calle: **Benjamin Hill**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **24**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Hipódromo Condesa**

Código postal: **06170**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5526149215**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Atencion Paramedica**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Publica

Fecha de ingreso: **15 de Noviembre de 2015**

Área de adscripción / Área: **Laboratorio Especializado de la Clinica Especializada Condesa**

Fecha de egreso: **10 de Mayo de 2024**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Química Adscrita al Servicio de Banco de Sangre**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Centro Medico Dalinde

Fecha de ingreso: **9 de Mayo de 2014**

Área de adscripción / Área: **Banco de Sangre**

Fecha de egreso: **17 de Noviembre de 2017**

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

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): **259,333.00**

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): **259,333.00**