

Declaración pública **Declaración de modificación** de **KARLAMARIA ENRIKA MURO BAUTISTA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Consejería Jurídica y de Servicios Legales** en 2024

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Karlamaria Enrika Muro Bautista**

Correo electrónico institucional: **karliux0511@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Derecho**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **uca**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatel**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **av. Manuel Villalongn**

Nombre del ente público: **Consejería Jurídica y de Servicios Legales**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Subdirección de Ventanilla Única y Control de Gestión** Número exterior: **15**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Cuauhtémoc**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Operador de Ventanilla**

Código postal: **06500**

Especifique función principal: **Otro - Atención Ciudadana**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **4 de Julio de 2014** Teléfono de oficina y extensión: **5551401700 - 1125**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Asistente Medico**

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

Fecha de ingreso: **1 de Septiembre de 2009**

Centro Medico de Oriente

Fecha de egreso: **15 de Noviembre de 2013**

Área de adscripción / Área: **Asistente**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Supervisor de Farmacia**

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

Fecha de ingreso: **5 de Marzo de 2009**

Farmacias de Similares

Fecha de egreso: **1 de Septiembre de 2009**

Área de adscripción / Área: **Supervisor**

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

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

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): **108,247.00**

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): **108,247.00**