

**SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**  
**DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL Y DE INTERESES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS**  
**DECLARACIÓN MODIFICACIÓN 2023**

FECHA DE RECEPCIÓN: 18/05/2023

**SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD PRESENTO A USTED MI DECLARACIÓN PATRIMONIAL Y DE INTERESES, CONFORME A LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 32 Y 33 DE LA LEY GENERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS.

**DATOS GENERALES DEL SERVIDOR PUBLICO**

NOMBRE(S): BOLAÑOS RAMIREZ MARCELA  
CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL:

**DATOS CURRICULARES DEL DECLARANTE**

ESCOLARIDAD						
NIVEL	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	UBICACIÓN	CARRERA O ÁREA DE CONOCIMIENTO	ESTATUS	DOCUMENTO OBTENIDO	FECHA
LICENCIATURA	CRI ESCUELA	MEXICO	TERAPIA FISICA Y REHABILITACION	FINALIZADO	TITULO	2015-03-24

**DATOS DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN ACTUAL**

NIVEL / ORDEN DE GOBIERNO: ESTATAL  
ÁMBITO PÚBLICO: EJECUTIVO  
NOMBRE DEL ENTE PÚBLICO: PATRONATO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL Y ESCUELA EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN  
NIVEL JERARQUICO: OPERATIVO (A) U HOMOLOGO (A)  
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACION TECNICA  
EMPLEO, CARGO O COMISIÓN: TERAPEUTA FISICO  
¿ESTÁ CONTRATADO POR HONORARIOS?: No  
NIVEL DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN: TERAPEUTA  
ESPECIFIQUE FUNCIÓN PRINCIPAL: TERAPIAS FISICAS  
FECHA DE TOMA DE POSESIÓN DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN: 2020-01-16  
TELÉFONO DE OFICINA Y EXTENSIÓN: 2414177034 2

**DOMICILIO DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN**

		EN MÉXICO DOMICILIO DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN	
CALLE:	AV. LARDIZABAL	NÚMERO EXTERIOR:	1706
NÚMERO INTERIOR:		COLONIA / LOCALIDAD:	SAN MARTIN DE PORRES
MUNICIPIO / ALCALDÍA:	APIZACO	ENTIDAD FEDERATIVA:	TLAXCALA
CÓDIGO POSTAL:	90337		

**EXPERIENCIA LABORAL (ÚLTIMOS CINCO EMPLEOS)**

**EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO**

**ÁMBITO / SECTOR EN EL QUE LABORASTE:** PRIVADO  
**NOMBRE DEL ENTE PÚBLICO / NOMBRE DE LA EMPRESA, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN:** ARIAS MEDICAL CLINIC  
**RFC:**  
**ÁREA DE ADSCRIPCIÓN / ÁREA:** TECNICA  
**EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO:** TERAPEUTA FISICO  
**SECTOR AL QUE PERTENECE:** SERVICIOS DE SALUD  
**FECHA DE INGRESO:** 2011-02-22  
**FECHA DE EGRESO:** 2014-03-31  
**LUGAR DONDE SE UBICA:** MEXICO

**EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO**

**ÁMBITO / SECTOR EN EL QUE LABORASTE:** PUBLICO  
**NIVEL / ORDEN DE GOBIERNO:** ESTATAL  
**ÁMBITO PÚBLICO:** ORGANO AUTÓNOMO  
**NOMBRE DEL ENTE PÚBLICO / NOMBRE DE LA EMPRESA, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN:** CRI ESCUELA  
**ÁREA DE ADSCRIPCIÓN / ÁREA:** COORDINACION TECNICA  
**EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO:** TERAPEUTA FISICO  
**ESPECIFIQUE FUNCIÓN PRINCIPAL:** TERAPIA FISICA  
**FECHA DE INGRESO:** 2015-06-16  
**FECHA DE EGRESO:** 2017-03-31  
**LUGAR DONDE SE UBICA:** MEXICO

**EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO**

**ÁMBITO / SECTOR EN EL QUE LABORASTE:** PUBLICO  
**NIVEL / ORDEN DE GOBIERNO:** MUNICIPAL/ALCALDÍA  
**ÁMBITO PÚBLICO:** ORGANO AUTÓNOMO  
**NOMBRE DEL ENTE PÚBLICO / NOMBRE DE LA EMPRESA, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN:** AYUNTAMIENTO  
**ÁREA DE ADSCRIPCIÓN / ÁREA:** UBR  
**EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO:** TERAPEUTA FISICO  
**ESPECIFIQUE FUNCIÓN PRINCIPAL:** TERAPIA FISICA  
**FECHA DE INGRESO:** 2017-03-17  
**FECHA DE EGRESO:** 2020-01-15  
**LUGAR DONDE SE UBICA:** MEXICO

**INGRESOS NETOS DEL DECLARANTE, (ENTRE EL 1 DE ENERO Y 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR)**

I. REMUNERACIÓN ANUAL NETA DEL DECLARANTE POR SU CARGO PÚBLICO (POR CONCEPTO DE SUELDOS, HONORARIOS, COMPENSACIONES, BONOS, AGUINALDOS Y OTRAS PRESTACIONES) (CANTIDADES NETAS DESPUÉS DE IMPUESTOS)	168848
II. OTROS INGRESOS DEL DECLARANTE (SUMA DEL II.1 AL II.5)	0
II.1 POR ACTIVIDAD INDUSTRIAL, COMERCIAL Y / O EMPRESARIAL (DESPUÉS DE IMPUESTOS)	0
II.2 POR ACTIVIDAD FINANCIERA (RENDIMIENTOS O GANANCIAS) (DESPUÉS DE IMPUESTOS)	0
II.3 POR SERVICIOS PROFESIONALES, CONSEJOS, CONSULTORÍAS Y / O ASESORÍAS (DESPUÉS DE IMPUESTOS)	0
II.4 POR ENAJENACIÓN DE BIENES (DESPUÉS DE IMPUESTOS)	0
II.5 OTROS INGRESOS NO CONSIDERADOS A LOS ANTERIORES (DESPUÉS DE IMPUESTOS)	0
A. INGRESO ANUAL NETO DEL DECLARANTE (SUMA DEL NUMERAL I Y II)	168848

**POR ACTIVIDAD INDUSTRIAL, COMERCIAL Y / O EMPRESARIAL (DESPUÉS DE IMPUESTOS).**

<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL</b>	<b>TIPO DE NEGOCIO</b>	<b>MONTO</b>
------------------------------	------------------------	--------------

---

**POR ACTIVIDAD FINANCIERA (RENDIMIENTOS O GANANCIAS) (DESPUÉS DE IMPUESTOS).**

<b>TIPO INSTRUMENTO</b>	<b>MONTO</b>
-------------------------	--------------

---

CAPITAL	0
FONDOS DE INVERSIÓN	0
ORGANIZACIONES PRIVADAS	0
SEGURO DE SEPARACIÓN INDIVIDUALIZADO	0
VALORES BURSÁTILES	0
BONOS	0
OTRO (ESPECIFIQUE)	0

POR SERVICIOS PROFESIONALES, CONSEJOS, CONSULTORÍAS Y / O ASESORÍAS (DESPUÉS DE IMPUESTOS).

TIPO DE SERVICIO	MONTO
------------------	-------

POR ENAJENACIÓN DE BIENES (DESPUÉS DE IMPUESTOS)

TIPO BIEN	MONTO
MUEBLE	0
INMUEBLE	0
VEHÍCULO	0

OTROS INGRESOS NO CONSIDERADOS A LOS ANTERIORES (DESPUÉS DE IMPUESTOS).

TIPO INGRESO	MONTO
--------------	-------