

Declaración pública **Declaración de modificación** de **BRENDA ITZEL TOLEDO HERNANDEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2021

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Brenda Itzel Toledo Hernandez**

Correo electrónico institucional: **brendaitzenf.24@outlook.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Profesional Tecnico Bachiller en Enfermeria General**

Institución educativa: **Conalep Coyoacan**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **29 de Julio de 2011**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Profesional Tecnico en Enfermeria General**

Institución educativa: **Conalep Coyoacan**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **4 de Septiembre de 2014**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Secundaria Trunca**

Institución educativa: **Marcos Moshinsky**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **18 de Junio de 2009**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Clinica Geriatrica Coyoacan**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Insabi**

Especifique función principal: **Otro - Atención al Paciente**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **11 de Noviembre de 2020**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Candelaria Perez**

Número interior: **s/n**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

Colonia/Localidad: **Culhuacán ctm Sección VIII**

Código postal: **04909**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5556320245**

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

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2014**

Fecha de egreso: **1 de Noviembre de 2020**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera Insabi**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatat**

Especifique función principal: **Otro - Atencion al Paciente**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital de Especialidades dr Belisario Dominguez

Fecha de ingreso: **24 de Abril de 2020**

Fecha de egreso: **24 de Septiembre de 2020**

Área de adscripción / Área: **Zona Covid**

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): **18,000.00**

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): **18,000.00**