



Declaración pública **Declaración de modificación** de **YAZMIN LIZBETH TELLEZ HERNANDEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2025**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Yazmin Lizbeth Tellez Hernandez**

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

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Psicología**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **Unitec**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Trabajo Social**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicios No.5**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **9 de Julio de 2012**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Taquimecanografía**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Tecnica 68 "Ignacio Garcia Tellez"**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **1 de Julio de 2008**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Taquimecanografía**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Tecnica 68 "Ignacio Garcia Tellez"**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **1 de Julio de 2008**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Prolongacion av 5 de Mayo**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital General dr. Enrique Cabrera**

Número exterior: **3170**

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

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

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

Colonia/Localidad: **Ex-Hacienda de Tarango**

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

Código postal: **01618**

Especifique función principal: **Administración de Recursos Humanos**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 2023** Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

**Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Sistema de Protección Social en Salud Seguro Popular**

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2014**

Área de adscripción / Área: **Afiliación**

Fecha de egreso: **30 de Noviembre de 2017**

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): **84,733.00**

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): **84,733.00**