



Declaración pública **Declaración inicial** de **Israel MORA Mora** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2021

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Israel Mora Mora**

Correo electrónico institucional: **ji75mora@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Técnico Superior Universitario en Atención Prehospitalaria**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **Universidad Clea**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Técnico en Urgencias Médicas**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Cruz Roja Mexicana**

Fecha: **13 de Enero de 2014**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatat**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Stand de Tiro**

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

Número interior: **s/n**

Área de adscripción: **Centro Regulador de Urgencias Médicas**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

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

Colonia/Localidad: **Aeronáutica Militar**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Autonomo u**

Código postal: **15970**

Especifique función principal: **Otro - Operador tum**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Marzo de 2015** Teléfono de oficina y extensión: **5555524108**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Operador/Tum**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Técnico en Urgencias Médicas**

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

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2009**

Fecha de egreso: **15 de Octubre de 2014**

Área de adscripción / Área: **Servicio Médico**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)
(Cantidades netas después de impuestos): **10,013.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **6,486.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **6,486.00**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL **Emergencia médicas de México SC**
TIPO DE NEGOCIO **Servicios de salud**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **16,499.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**