



Declaración pública **Declaración de modificación** de **EDUARDA TEOFILA ALVARADO ESCAMILLA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Eduarda Teofila Alvarado Escamilla**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Maestria en Docencia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad de Negocios Isec**

Fecha: **10 de Octubre de 2016**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestria en Administracion en Sistemas de Salud**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de México**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **av. Luis Cabrera**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras**

Número exterior: **619**

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

Municipio/Alcaldía: **la Magdalena Contreras**

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

Colonia/Localidad: **san Jerónimo Lídice**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **681**

Código postal: **10200**

Especifique función principal: **Otro - Atencion a Pacientes**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2005** Teléfono de oficina y extensión: **5556835094**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subjefe de Enfermeras**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Supervisión de Enfermería**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Fecha de ingreso: **14 de Agosto de 1982**

Fecha de egreso: **16 de Junio de 2009**

Área de adscripción / Área: **Hospital de Pediatría**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Enfermeras**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Administracion y Organizacion del Departamento de Enfermería**

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

Fecha de ingreso: **2 de Enero de 2012**

Fecha de egreso: **16 de Febrero de 2014**

Área de adscripción / Área: **Hospital Tacuba**

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): **273,840.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **771,005.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **308,675.00**

TIPO DE INSTRUMENTO QUE GENERÓ EL RENDIMIENTO O GANANCIA **ORGANIZACIONES PRIVADAS**

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): **462,330.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **JUBILACIÓN IMSS**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **1,044,845.00**