



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ESTELA ROJAS VELAZQUEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Estela Rojas Velazquez**

Correo electrónico institucional: **estelarojasv@yahoo.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Profesional Tecnico en Enfermeria**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Conalep**

Fecha: **21 de Agosto de 2006**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Bachillerato General**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Secretaria de Educación Pública**

Fecha: **16 de Mayo de 2016**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Enfermera Quirurgica**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Hospital General de México y Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional**

Fecha: **29 de Noviembre de 2010**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Judicial**

Calle: **Avenida Prolongacion 5 de Mayo**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Tocoquirurgica**

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: **601**

Código postal: **01618**

Especifique función principal: **Otro - Enfermera General Titulada "a"**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Diciembre de 2006**

Teléfono de oficina y extensión: **5512857100 - 000**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Instrumentista Circulante**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Clinica de Integración Medica Especializada

Fecha de ingreso: **7 de Agosto de 2000**

Fecha de egreso: **8 de Agosto de 2005**

Área de adscripción / Área: **Area Quirurgica**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Clinica Londres

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2000**

Fecha de egreso: **14 de Julio de 2000**

Área de adscripción / Área: **Hospitalización**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

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): **304,972.00**

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): **304,972.00**