



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ALONDRA HERNANDEZ REYES** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Alondra Hernandez Reyes**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Institución educativa: **Centro Universitario Uaem Zumpango**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **16 de Junio de 2021**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Enfermería**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Promotor de Salud**

Especifique función principal: **Otro - Enfermería**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 2021** Teléfono de oficina y extensión: **5555542860 - 538**

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

Calle: **Moctezuma Barrio de Santa Catalina**

Número interior: **sin Numero**

Número exterior: **18**

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

Colonia/Localidad: **del Carmen**

Código postal: **04100**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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

Especifique función principal: **Otro - Enfermería**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2020**

Fecha de egreso: **30 de Octubre de 2020**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Unidad Temporal Citibanamex

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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

Especifique función principal: **Otro - Enfermera**

Fecha de ingreso: **24 de Diciembre de 2020**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2021**

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): **81,250.00**

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): **81,250.00**