



Declaración pública **Declaración de modificación** de **YADIRA JOSEFINA BRAVO LUIS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Yadira Josefina Bravo Luis**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería y Obstetricia**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **4 de Abril de 2002**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital de Especialidades Dr.Belisario Dominguez**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **601**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Febrero de 2007**

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

Calle: **Avenida Tlahuac**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **4866**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **san Lorenzo Tezonco**

Código postal: **09790**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5558500000**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Pasante de Enfermería**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Asociación Hispano Mexicana I.A.P Cimigen

Fecha de ingreso: **15 de Agosto de 2000**

Fecha de egreso: **15 de Agosto de 2001**

Área de adscripción / Área: **Unidad Tocoquirurgica**

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: **Auxiliar de Enfermería**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Star Medica Hospital Infantil Privado**

Fecha de ingreso: **30 de Septiembre de 2001**

Fecha de egreso: **20 de Septiembre de 2005**

Área de adscripción / Área: **Cirugía General,Lactantes,Hematooncologia,Utip**

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: **Auxiliar de Enfermería**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Star Medica Roma**

Fecha de ingreso: **30 de Septiembre de 2005**

Fecha de egreso: **20 de Octubre de 2006**

Área de adscripción / Área: **Quirófanos,Áreas de Preanestesia y Recuperacion**

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): **277,960.00**

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): **277,960.00**