



Declaración pública **Declaración de modificación** de **HERLINDA MORALES LOPEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Herlinda Morales Lopez**

Correo electrónico institucional: **olivos661@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Anestesiología**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **20 de Junio de 2002**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Médica Cirujana**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **5 de Julio de 1990**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Educación**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad España y México**

Fecha: **21 de Octubre de 2015**

Ubicación: **México**

Nivel: **Doctorado**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Educación**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad España y México**

Fecha: **20 de Junio de 2018**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Plan de san Luis**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital General de Ticoman**

Número exterior: **7**

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

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

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

Colonia/Localidad: **la Purísima Ticomán**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Jefe de Servicios**

Código postal: **07320**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **2 de Julio de 2001** Teléfono de oficina y extensión: **5557541390**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médica Familiar**

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Especifique función principal: **Otro - Médica**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Casas de Salud Tlalpan

Fecha de ingreso: **14 de Marzo de 1998**

Área de adscripción / Área: **Delegación Tlalpan**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2000**

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): **529,357.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **52,097.00**

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): **52,097.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Tipo profesional**

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): **581,454.00**