Declaracion pública **Declaración de modificación** de **AURORA NOYOLA MONROY** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Aurora Noyola Monroy**

Correo electrónico institucional: **dra.noyola@yahoo.com.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medico Especialista Ginecologia y Obstetricia**

Institución educativa: **Issste Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Febrero de 2002**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Gestion de Instituciones y Centros Hospitalarios**

Institución educativa: **uvm**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **13 de Diciembre de 2019**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Hospital General Ajusco Medio**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Especialista**

Especifique función principal: **Otro - Atencion Medica**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2020**

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

Calle: **Encino**

Número interior: **s/n**

Número exterior: **41**

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

Colonia/Localidad: **Miguel Hidalgo 4a Sección**

Código postal: **14250**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5554469845**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Issste Fernando Quiroz Gutierrez**

Área de adscripción / Área: **Ginecologia y Obstetricia**

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

Especifique función principal: **Otro - Salud**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 1998**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre 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): **318,424.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **1,078,364.00**

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): **463,258.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **HONORARIOS MEDICOS**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **0.00**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **615,106.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **SUELDOS ISSSTE**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **1,396,788.00**