



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LUCIA ALVAREZ HERNANDEZ** en el puesto **COORDINADOR "A" U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Lucia Alvarez Hernandez**

Correo electrónico institucional: **pedinflucy@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Facultad de Medicina Unam**

Fecha: **28 de Febrero de 1975**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Pediatría**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Him/Unam**

Fecha: **28 de Febrero de 1979**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Infectología**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Imss/Unam**

Fecha: **28 de Febrero de 1981**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Administración de Instituciones de Salud**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Imss/La Salle**

Fecha: **12 de Agosto de 1998**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **av Hidalgo**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital Pediatrico la Villa**

Número exterior: **s/n**

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

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

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Colonia/Localidad: **Villa Gustavo a. Madero**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Directora del Hospital Pediatrico la Villa**

Código postal: **07050**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **2 de Septiembre de 2019**

Teléfono de oficina y extensión: **55776707**

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:
Secretaría de Salud

Área de adscripción / Área: **Torre Insignia**

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

Especifique función principal: **Otro - Coordinación**

Fecha de ingreso: **2 de Septiembre de 2019**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2021**

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:
Secretaría de Salud

Área de adscripción / Área: **Indre**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefatura de Departamento**

Especifique función principal: **Otro - Jefatura de Laboratorio**

Fecha de ingreso: **16 de Junio de 2013**

Fecha de egreso: **16 de Junio de 2017**

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:
Secretaría de Salud

Área de adscripción / Área: **Direccion General de Epidemiologia, ssa**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Asesora del Centro Nacional Para la Salud de la Infancia y Adolescencia**

Especifique función principal: **Otro - Elaboración y Asesoría en Lineamientos y Normas**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2011**

Fecha de egreso: **1 de Junio de 2013**

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:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Área de adscripción / Área: **Hospital de Infectologia Centro Medico la Raza**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Adscrito en Instituto Mexicano del Seguro Social**

Especifique función principal: **Otro - Jefatura de Servicio y Adscrita**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 1979**

Fecha de egreso: **16 de Junio de 2007**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante, pareja y/o dependientes económicos

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): **545,336.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **1,159,646.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **1,159,646.00**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL **vitamedica/IMSS**

TIPO DE NEGOCIO **servicios medicos**

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): **1,704,982.00**

Bienes inmuebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

(NINGUNO)

Tipo de inmueble: Casa	Forma de adquisición: COMPRA VENTA
Titular del inmueble: Declarante	Tipo de moneda: Peso Mexicano
Porcentaje de propiedad del declarante conforme a escrituración o contrato: 100%	Fecha de adquisición: 11 de Junio de 2007
Superficie del terreno: 52.00 - Metro cuadrado	¿El valor de adquisición del inmueble es conforme a?: Escritura Pública
Superficie de construcción: 95.00 - Metro cuadrado	Identificación del Transmisor (solamente si es persona moral): Moral
Forma de pago: CRÉDITO	Nombre, denominación o razón social de quien se adquirió el inmueble: Infonavit
Valor de adquisición: 461,000.00	RFC de quien adquirió el inmueble: INF7205011ZA

(NINGUNO)

Bienes muebles	
Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.	
Tipo de bien mueble: Aparatos Electrónicos y Electrodomésticos	Descripción general del bien: Impresoras, Televisores, Computarosa, Equip0 de Lavandoria y Horno de Microondas, Cocinetas, Cafeteras
Porcentaje: 100	Forma de adquisición: Compra Venta
Titular: DECLARANTE	Forma de pago: CONTADO
Identificación del Transmisor (solamente si es persona moral): Moral	Valor de adquisición: 150,000.00
R.F.C. (solamente si es persona moral): Phi830429Mg6	Tipo de moneda: Peso Mexicano
Razón social (solamente si es persona moral): Palacio de Hierro sa de cv y Otras Tiendas Departamentales	Fecha de adquisición: 7 de Enero de 2019

Vehículos
Todos los datos de vehículos declarados a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

(NINGUNO)

(NINGUNO)

Inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos	
Todos los datos de las inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos.	
Institución o razón social: Banco Multiva	Tipo de moneda: Peso Mexicano
R.F.C. De la institución: BMI061005NY5	Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: Declarante
Porcentaje: 100	¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?: México, Ciudad de México
Tipo de inversión/activo: Bancaria	
Subtipo de inversión: Cuenta de Cheques	

(NINGUNO)

(NINGUNO)

Adeudos / Pasivos

Todos los datos de los adeudos / pasivos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Fecha de adquisición: **11 de Octubre de 2016**

Porcentaje: **100**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **BBA830831LJ2**

Tipo de adeudo: **Crédito Hipotecario**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Bbvabancomer sa**

Monto original del adeudo / pasivo: **980,000.00**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Ciudad de México**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Préstamo o comodato por terceros

No aplica

II. DECLARACIÓN DE INTERESES

Participación en empresas, sociedades o asociaciones (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en empresas, sociedades o asociaciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

¿Participa en la toma de decisiones de alguna de estas instituciones? (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en alguna de estas instituciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Apoyos o beneficios públicos (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Representación (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de representación de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Clientes principales (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de clientes principales de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Beneficios privados (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Participación en Fideicomisos (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de participación en fideicomisos de pareja o dependiente economico no serán públicos.

No aplica