



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JULIANA HERNANDEZ MENDOZA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2022

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Juliana Hernandez Mendoza**

Correo electrónico institucional: **samyulisam\_02@yahoo.com.mx**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Tecnico Laboratorista Clinico**

Institución educativa: **cbt No.1 Dr.Leopoldo rio de la Loza.**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **9 de Julio de 1999**

---

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Auxiliar de Enfermeria**

Institución educativa: **Algel Maria Garibay**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **8 de Julio de 1994**

---

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Emiliano Zapata**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Boleta**

Fecha: **30 de Junio de 1992**

---

Nivel: **Primaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Ludwig van Beethoven**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Boleta**

Fecha: **30 de Junio de 1989**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Laboratorio**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Tecnico Laboratorista Clinico**

Especifique función principal: **Otro - Laboratorisra Clínico**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2016**

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

Calle: **Calzada Ermita**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **3018**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Citlalli**

Código postal: **09660**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Laboratorio de la Torre Medica s.a de c.v**

Área de adscripción / Área: **Laboratorio**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Tecnico Laboratorista Clinico**

Fecha de ingreso: **2 de Febrero de 2000**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2007**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Secretaria de Salud**

Área de adscripción / Área: **Programa de Medibus**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Operativo Experto en Salud b**

Especifique función principal: **Otro - Laboratorista Clinico**

Fecha de ingreso: **23 de Junio de 2007**

Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 2016**

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): **259,922.00**

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): **259,922.00**