



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JAVIER HERNANDEZ HERNANDEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Javier Hernandez Hernandez**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Anatomía Patológica**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **9 de Febrero de 2012**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Enero de 2008**

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 de Tlahuac**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **702**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **18 de Agosto de 2014**

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

Calle: **av. la Turba**

Número interior: **sn**

Número exterior: **655**

Municipio/Alcaldía: **Tláhuc**

Colonia/Localidad: **la Turba**

Código postal: **13250**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5558501011 - 76071**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Fucam

Área de adscripción / Área: **Anatomía Patológica**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2013**

Fecha de egreso: **22 de Diciembre de 2022**

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

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): **300,000.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **570,383.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **20,000.00**

TIPO DE INSTRUMENTO QUE GENERÓ EL RENDIMIENTO O GANANCIA **ORGANIZACIONES PRIVADAS**

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): **550,383.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **salarios y asimilados a salarios**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **870,383.00**