



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LAURA GALLARDO SANTIBAÑEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Laura Gallardo Santibañez**

Correo electrónico institucional: **lgallardo@sersalud.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Familiar**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma del Estado de Mexico**

Fecha: **23 de Febrero de 2011**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Carlos a Vidal Esq. Quintana roo**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Jurisdicción Sanitaria Tláhuac**

Número exterior: **sn**

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

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

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

Colonia/Localidad: **san Francisco Tlaltenco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Jefe de Unidad de Atencion Medica c**

Código postal: **13400**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Noviembre de 2021**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7560**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirectora de Área**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Coordinar la Atención de la Atención de las Enfermedades Crónicas**

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

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2018**

Área de adscripción / Área: **Dirección del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano**

Fecha de egreso: **14 de Marzo de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirectora de Área**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Análisis de Oferta y Demanda de Servicios**

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

Fecha de ingreso: **15 de Octubre de 2011**

Área de adscripción / Área: **Dgplades**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2018**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Analisis de Información**

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

Fecha de ingreso: **15 de Octubre de 2010**

Área de adscripción / Área: **Dgplades**

Fecha de egreso: **14 de Octubre de 2011**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Director de Unidad**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto de Salud del Estado de México

Fecha de ingreso: **15 de Marzo de 2009**

Área de adscripción / Área: **Ceaps Axapusco**

Fecha de egreso: **1 de Octubre de 2010**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto de Salud Publica Guanajuato

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2009**

Área de adscripción / Área: **c. s. Santa Catarina**

Fecha de egreso: **15 de Marzo de 2009**

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): **544,429.00**

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): **544,429.00**

