



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

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Ernesto Ruben Hernandez Estrada**

Correo electrónico institucional: **ruben.hernandez.e1@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Tecnica #48**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **4 de Julio de 2003**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Sistema de Educacion Media Superior**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **3 de Abril de 2023**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital Pediatrico Tacubaya**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Apoyo Operativo Coordinador a**

Especifique función principal: **Administración de Bienes**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 2018**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Arquitecto Carlos Lazo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **25**

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

Colonia/Localidad: **Tacubaya**

Código postal: **11870**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5583760429**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Despachador y Repartidor**

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

Fecha de ingreso: **16 de Julio de 2014**

Fecha de egreso: **7 de Julio de 2015**

Área de adscripción / Área: **Repartidores**

Sector al que pertenece: **Comercio al por Mayor**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

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

Fecha de ingreso: **2 de Febrero de 2016**

Fecha de egreso: **1 de Febrero de 2017**

Área de adscripción / Área: **Chofer**

Sector al que pertenece: **Transporte**

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

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): **100,721.00**

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): **100,721.00**