



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LAURA RESENDIZ ANASTACIO** 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 Resendiz Anastacio**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Lic. en Enfermería**

Institución educativa: **Eneo Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **31 de Octubre de 2019**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Psicología**

Institución educativa: **Instituto Mexicano de Psicooncología**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **10 de Enero de 2023**

---

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Maestría en Tanatología**

Institución educativa: **Instituto Mexicano de Psicooncología**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **20 de Noviembre de 2021**

---

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Enfermería Quirúrgica**

Institución educativa: **Escuela de Enfermería de la Secretaría de la Ciudad de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **28 de Noviembre de 2006**

---

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Enfermería General**

Institución educativa: **Escuela de Enfermería de la Secretaría de la Ciudad de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **15 de Agosto de 2003**

---

### **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: **Áreas Quirúrgicas Hospitalarias**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **670**

Especifique función principal: **Otro - Atención Hospitalaria a Usuarios**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Octubre de 2007**

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

Calle: **Prolongacion Avenida 5 de Mayo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **3170**

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

Colonia/Localidad: **Ex-Hacienda de Tarango**

Código postal: **01618**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **12857108**

#### **Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

No aplica

#### **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): **72,402.00**

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): **72,402.00**