



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

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Angelica Hernandez Orozco**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Anestesiología**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **24 de Enero de 2019**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Mayo de 2015**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Clinica Hospital Emiliano Zapata**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Especialista Galene Salud b**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Febrero de 2020**

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

Calle: **Cuco Sanchez**

Número interior: **It1**

Número exterior: **mz 143**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Ampliación Emiliano Zapata**

Código postal: **09638**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5526353490 - 13522**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Clinica Hospital Emiliano Zapata**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Especialista en Areas de la Salud a**

Especifique función principal: **Otro - Medico Especialista**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2019**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2020**

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): **349,109.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **372,555.00**

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): **372,555.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **FUNCIONARIO PUBLICO EN ISSSTE (MEDICO ANESTESIOLOGO EN HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA)**

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): **721,664.00**