



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

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Edith Pilar Hernandez Bautista**

Correo electrónico institucional: **edith_pilar_h_b@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Institución educativa: **Universidad de Guadalajara**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **25 de Noviembre de 2011**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Secretaria de Salud de la Cdmx**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera General Titulada a**

Especifique función principal: **Otro - Realizar las Técnicas de Enfermería Establecidas en el Cuidado Integral del Paciente.**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Noviembre de 2016**

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

Calle: **Prolongacion av 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: **5512857100 - 5024**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Enfermera General**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera General**

Especifique función principal: **Otro - Asistenciales, Administrativas, Docentes y de Investigación.**

Fecha de ingreso: **12 de Diciembre de 2002**

Fecha de egreso: **16 de Noviembre de 2016**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

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

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera Especialista Quirúrgica**

Especifique función principal: **Otro - Cuidados de Enfermería Especializados Hacia los Usuarios**

Fecha de ingreso: **16 de Junio de 2011**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 2023**

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): **242,662.00**

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): **242,662.00**