



Declaración pública **Declaración de modificación** de **CARLOTA ALBINA MEDINA SANCHEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Carlota Albina Medina Sanchez**

Correo electrónico institucional: **carlota.dietista@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Nutrición Aplicada**

Institución educativa: **Unadm**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **13 de Agosto de 2020**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Técnica en Nutrición**

Institución educativa: **Colegio de Educación Profesional Tecnica**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **5 de Julio de 1991**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Bachillerato**

Institución educativa: **Bachillerato**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **23 de Septiembre de 2012**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Sec.Dna. RamónLópez Velarde/ No.127**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **6 de Noviembre de 1991**

Nivel: **Primaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **dr . Pedro de Alba**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Junio de 1983**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Calzada Legaria**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital Pediátrico Legaria**

Número exterior: **371**

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

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

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

Colonia/Localidad: **México Nuevo**

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

Código postal: **11260**

Especifique función principal: **Otro - Nutrióloga**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 1994** Teléfono de oficina y extensión: **5550827642 - 101**

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): **134,639.00**

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): **134,639.00**