

Declaración pública **Declaración de modificación** de **LAURA OLIVIA ESTRADA HERNANDEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): Laura Olivia Estrada Hernandez

Correo electrónico institucional: aspirinamed@yahoo.com.mx

Datos curriculares del declarante

Nivel: Licenciatura

Carrera: Medicina Estatus: Finalizado

Documento obtenido: **Título**Institución educativa: **Unam**

Fecha: 20 de Febrero de 1997

Ubicación: México

Nivel: Especialidad

Carrera: Medicna Interna

Documento obtenido: **Título** Institución educativa: **Unam**

Fecha: 11 de Agosto de 2001

Ubicación: México

Nivel: Especialidad

Carrera: Infectologia

Institución educativa: Unam

Ubicación: México

Estatus: Finalizado

Documento obtenido: Título

Fecha: 13 de Mayo de 2004

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: Federal Domicilio del empleo, cargo o comisión: México

Ambito público: Ejecutivo Calle: Benjamin Hill

Nombre del ente público: Secretaría de Salud Número interior: (Ninguno)

Área de adscripción: Clínica Especializada Condesa Número exterior: 24

Empleo, cargo o comisión: Operativo u Homologo (a) Municipio/Alcaldía: Cuauhtémoc

¿Es contrato(a) por honorarios?: **no** Colonia/Localidad: **Condesa**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Operador** Código postal: **06140**

Especifique función principal: Atención Directa al Público Entidad federativa: Ciudad de México

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: 1 de Junio de 2014 Teléfono de oficina y extensión: 5529156335 - 000

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Docente**

Nivel / Orden de gobierno: Federal Especifique función principal: Otro - Docencia

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: Fecha de ingreso: 1 de Noviembre de 2015

Unam Fecha de egreso: 26 de Mayo de 2021

Área de adscripción / Área: Facultad de Medicina Lugar donde se ubica: México

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Especialista**

Nivel / Orden de gobierno: Federal Especifique función principal: Otro - Consulta Medica

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: Fecha de ingreso: 1 de Febrero de 2006

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

Issste

Fecha de ingreso: 1 de Febrero de 2006

Fecha de egreso: 26 de Mayo de 2021

Área de adscripción / Área: Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos

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): 505,120.00

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): 559,220.00

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): 559,220.00

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO IINGRESO POR EXPERIENCIA LABORAL EN ISSTE Y UNAM

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): 1,064,340.00