

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**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **20 de Febrero de 1997**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina Interna**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **11 de Agosto de 2001**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Infectología**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **13 de Mayo de 2004**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Ámbito 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**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Área de adscripción / Área: **Facultad de Medicina**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Docente**

Especifique función principal: **Otro - Docencia**

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2015**

Fecha de egreso: **26 de Mayo de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Especialista**

Especifique función principal: **Otro - Consulta Medica**

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2006**

Fecha de egreso: **26 de Mayo de 2021**

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**