



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ALICIA AREVALO PADILLA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Alicia Arevalo Padilla**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Especialidad en Neurocirugía**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam, ipn**

Fecha: **23 de Abril de 2003**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Médico Cirujano y Partero**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Fecha: **11 de Noviembre de 1998**

Ubicación: **México**

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: **702**

Código postal: **11260**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Marzo de 2013** Teléfono de oficina y extensión: **5550827642**

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:
Instituto de Salud del Estado de México

Área de adscripción / Área: **Hospital General la Perla, Neurocirugía**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Especialista, Neurocirujano**

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

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2017**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2019**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Centro Médico Issemym Ecatepec**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Especialista, Neurocirujano**

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

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2005**

Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 2012**

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 General dr Gonzalo Castañeda**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Especialista, Neurocirujano**

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

Fecha de ingreso: **3 de Mayo de 2010**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2012**

Lugar donde se ubica: **México**

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, Campeche

Área de adscripción / Área: **Hospital de Especialidades dr Manuel Campos**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Especialista, Neurocirujano**

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

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2004**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2005**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Hospital General de Axapusco / Neurocirugía**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2023**

Fecha de egreso: **30 de Octubre 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): **384,287.00**

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): **384,287.00**