



Declaración pública **Declaración inicial** de **DIANA LAURA LORENZO HERNANDEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Diana Laura Lorenzo Hernandez**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciada en Enfermería**

Institución educativa: **Universidad de las Americas Puebla**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Diciembre de 2020**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital Pediátrico Coyoacán**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Enfermera Operativa**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 2020**

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

Calle: **Prol. Moctezuma**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **18**

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

Colonia/Localidad: **Villa Coyoacán**

Código postal: **04000**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5555542860**

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:
Hospital Militar

Área de adscripción / Área: **Covid 19 Chivatito**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2020**

Fecha de egreso: **1 de Junio 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:
Unidad Temporal Covid 19

Área de adscripción / Área: **Centro Citi Banamex**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2020**

Fecha de egreso: **1 de Mayo de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)
(Cantidades netas después de impuestos): **24,772.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **24,772.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**