



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ALONDRA DEL LUCERO LOPEZ MUÑOZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Alondra del Lucero Lopez Muñoz**

Correo electrónico institucional: **allmipnesm@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Noviembre de 2006**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medico Especialista en Medicina Legal**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **20 de Agosto de 2009**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Unidad Departamental de Medicina Legal y Reclusorios**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Nomina 8 Estabilidad Laboral**

Especifique función principal: **Otro - Médico Legista**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Abril de 2023**

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

Calle: **Insurgentes Norte**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **423**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Código postal: **06900**

Entidad federativa: **None**

Teléfono de oficina y extensión: **5551321250 - 1034**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Salud de la Ciudad de México
Área de adscripción / Área: **Unidad Departamental de Medicina Legal**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Legista**
Especifique función principal: **Atención Directa al Público**
Fecha de ingreso: **16 de Marzo de 2009**
Fecha de egreso: **31 de Julio de 2022**
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:
Comisión Nacional de los Derechos Humanos
Área de adscripción / Área: **Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Especialista en Medicina Legal**
Especifique función principal: **Otro - Opiniones Médicas, Técnicas y Protocolo de Estambul**
Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2022**
Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2022**
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:
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Área de adscripción / Área: **Farmacia**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Supervisor Médico a, Jefa de Farmacia**
Especifique función principal: **Otro - Administración de Farmacia**
Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2023**
Fecha de egreso: **31 de Diciembre 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): **176,980.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **202,804.00**

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): **202,804.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Cargo Público en el ISSSTE Delegación Estado de México**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **379,784.00**