



Declaración pública **Declaración de modificación** de **YVETTE ALBARRAN BALLEZA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2024

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Yvette Albarran Balleza**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Historia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autonoma Metropolitana**

Fecha: **1 de Octubre de 2004**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Historia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autonoma Metropolitana**

Fecha: **1 de Octubre de 2004**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Historia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autonoma Metropolitana**

Fecha: **1 de Octubre de 2004**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Historia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autonoma Metropolitana**

Fecha: **1 de Octubre de 2004**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Historia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autonoma Metropolitana**

Fecha: **1 de Octubre de 2004**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Historia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autonoma Metropolitana**

Fecha: **1 de Octubre de 2004**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **C.S.T.II.Dr. Manuel Gutierrez Zavala**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Apoyo Administrativo**

Especifique función principal: **Otro - Coordinador en Salud**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **19 de Marzo de 2013**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

No aplica

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): **15,575,984.00**

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): **15,575,984.00**

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

Calle: **Laguna de Terminos**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **492**

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

Colonia/Localidad: **Anáhuac i Sección**

Código postal: **11320**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7302**