Declaracion pública **Declaración de modificación** de **LAURA VILLAMAR PADILLA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Laura Villamar Padilla**

Correo electrónico institucional: **chikome_7@hotmail.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 Octubre de 2003**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Anestesióloga**

Institución educativa: **Universidad Autónoma del Estado de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Octubre de 2015**

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: **M01009**

Especifique función principal: **Otro - Operativo**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Mayo de 2018**

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

Calle: **Moctezuma**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **18**

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

Colonia/Localidad: **del Carmen**

Código postal: **04100**

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: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Hospital General Valentin Gómez Farías**

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

Especifique función principal: **Otro - Operativa**

Fecha de ingreso: **16 de Mayo de 2014**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2014**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Hospital Hermenegildo Galeana Bicentenario**

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

Especifique función principal: **Otro - Operativa**

Fecha de ingreso: **16 de Octubre de 2016**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre 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): **389,026.00**

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): **389,026.00**