



Declaración pública **Declaración inicial** de **TANIA BARRERA RODRIGUEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Tania Barrera Rodriguez**

Correo electrónico institucional: **tanisbarrera518@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermería**

Institución educativa: **Universidad Insurgentes**

Ubicación: **México**

Estatus: **Trunco**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Jurisdiccion Iztapalapa**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2016**

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

Calle: **Independencia**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **20**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Delegación Política Iztapalapa**

Código postal: **09009**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5570336228**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Área de adscripción / Área: **Almacén**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Ayudante General**

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2005**

Fecha de egreso: **15 de Septiembre de 2009**

Sector al que pertenece: **Industria Manufacturera**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Agencia de Enfermería**

Área de adscripción / Área: **Enfermera**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

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

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2000**

Fecha de egreso: **20 de Enero de 2001**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

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): **10,227.00**

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): **10,227.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

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