

Declaración pública **Declaración de modificación** de **LUIS ENRIQUE MARTINEZ BARRERA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2021

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Luis Enrique Martinez Barrera**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Maestria en Ciencias Medicas**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Fecha: **24 de Septiembre de 2015**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Especialista en Genética Medica**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Hospital Infantil de Mexico Federico Gomez**

Fecha: **13 de Enero de 2011**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

Fecha: **10 de Enero de 2008**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **av. Tihuac**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital de Especialidades dr. Belisario Dominguez**

Número exterior: **4866**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **san Lorenzo Tezonco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Especialista Galene Salud b**

Código postal: **09790**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Diciembre de 2015**

Teléfono de oficina y extensión: **5558500000 - 1039**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Genetista**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Centro de Rehabilitación e Inclusión Infantil Teleton a. c. Ciudad de México

Fecha de ingreso: **16 de Agosto de 2017**

Fecha de egreso: **13 de Septiembre de 2019**

Área de adscripción / Área: **Médica**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Profesor Ordinario de Asignatura a**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Universidad Nacional Autónoma de México

Fecha de ingreso: **16 de Noviembre de 2013**

Fecha de egreso: **15 de Diciembre de 2021**

Área de adscripción / Área: **Facultad de Medicina-Departamento de Embriología y Genética**

Sector al que pertenece: **Otro - Educativo**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Genetista**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Salud

Fecha de ingreso: **13 de Marzo de 2013**

Fecha de egreso: **30 de Noviembre de 2015**

Área de adscripción / Área: **Hospital General Ajusco Medio**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Departamento**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Coordinación de Programa de Medicamentos**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2013**

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

Área de adscripción / Área: **Subdirección de Atención y Regulación Hospitalaria**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Profesor de Asignatura**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Services University of the Healt

Fecha de ingreso: **3 de Agosto de 2020**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2020**

Área de adscripción / Área: **Universidad Saint Luke-Escuela de Medicina**

Sector al que pertenece: **Otro - Educativo**

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

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): **380,356.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **10,000.00**

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): **10,000.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **redacción artículos científicos**

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): **390,356.00**