



Declaración pública **Declaración de modificación** de **BARBARA VANESSA LIMON CASTRO** en el puesto **ENLACE "A" U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Barbara Vanessa Limon Castro**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Enfermería Gerontogeriatrica**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Ipn- Eseo**

Fecha: **22 de Noviembre de 2018**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Administracion de Hospitales y Salud Publica**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto de Estudios Superiores en Administracion Publica**

Fecha: **5 de Julio de 2013**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam- fes Zaragoza**

Fecha: **3 de Julio de 2008**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Tecnico Laboratorista Clinico**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Cbtis no. 6**

Fecha: **5 de Julio de 2002**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Calle 6 esq Tomas Roche**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Servicios de Salud Publica de la Ciudad de Mexico**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztacalco**

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

Colonia/Localidad: **Agrícola Pantitlán**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **M02107 -Enfermera Especialista c**

Código postal: **08100**

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: **(Ninguno)**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera Jefe de Servicios**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

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

Fecha de ingreso: **16 de Febrero de 2009**

Área de adscripción / Área: **Capasits- Nezahualcoyotl**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2015**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Publica del Distrito Federal

Fecha de ingreso: **16 de Septiembre de 2007**

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Alvaro Obregon**

Fecha de egreso: **13 de Febrero de 2009**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante, pareja y/o dependientes económicos

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): **459,591.00**

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): **459,591.00**

Bienes inmuebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Bienes muebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

Tipo de bien mueble: **Aparatos Electrónicos y Electrodomésticos**

Porcentaje: **100**

Titular: **DECLARANTE**

Identificación del Transmisor (solamente si es persona moral): **Moral**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **Dli931201Mi9**

Razón social (solamente si es persona moral): **Distribuidora Liverpool S.A. de C.V.**

Descripción general del bien: **Celular**

Forma de adquisición: **Compra Venta**

Forma de pago: **CRÉDITO**

Valor de adquisición: **4,139.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **1 de Agosto de 2020**

Vehículos

Todos los datos de vehículos declarados a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

Tipo de vehículo: **Automóvil/ Motocicleta**

Titular del vehículo: **Declarante**

Modelo: **Otro**

Porcentaje: **100**

Año: **2018**

Transmisor (solamente si es persona moral): **Moral**

Valor de adquisición: **193,900.00**

Razón social (solamente si es persona moral): **Spanicar Mexico S.A. de C.V.**

Forma de adquisición: **Compra Venta**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **SME020604210**

Forma de pago: **Crédito**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición del vehículo: **14 de Octubre de 2017**

Marca: **NISSAN**

Inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos

Todos los datos de las inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos.

Institución o razón social: **Banorte**

R.F.C. De la institución: **BMN930209927**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Porcentaje: **100**

Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: **Declarante**

Tipo de inversión/activo: **Bancaria**

¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:
México, Ciudad de México

Subtipo de inversión: **Cuenta de Nómina**

Institución o razón social: **Banco Inbursa S.A.**

R.F.C. De la institución: **BII931004P61**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Porcentaje: **100**

Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: **Declarante**

Tipo de inversión/activo: **Bancaria**

¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:
México, Ciudad de México

Subtipo de inversión: **Cuenta de Ahorro**

Adeudos / Pasivos

Todos los datos de los adeudos / pasivos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Fecha de adquisición: **17 de Octubre de 2017**

Porcentaje: **100**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **NFM0307091L9**

Tipo de adeudo: **Crédito Automotriz**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **nr Finance Mexico, S.A.De C.V., Sociedad Financiera de Objeto Múltiple,E.R.**

Monto original del adeudo / pasivo: **280,047.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Ciudad de México**

Préstamo o comodato por terceros

No aplica

II. DECLARACIÓN DE INTERESES

Participación en empresas, sociedades o asociaciones (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en empresas, sociedades o asociaciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

¿Participa en la toma de decisiones de alguna de estas instituciones? (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en alguna de estas instituciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Apoyos o beneficios públicos (hasta los 2 últimos años)

Nombre del programa: **Programa Pension Para Adultos Mayores**

Nivel u orden de gobierno: **Federal**

Institución que otorga el apoyo: **Sedesol**

Forma de recepción del apoyo: **Monetario**

Tipo de apoyo: **Subsidio**

Monto aproximado del apoyo mensual: **1,350.00**

Representación (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de representación de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Clientes principales (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de clientes principales de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

¿Realiza alguna actividad lucrativa independiente al empleo cargo o comisión?:

No

Beneficios privados (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Participación en Fideicomisos (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de participación en fideicomisos de pareja o dependiente economico no serán públicos.

No aplica