



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ADRIANA MARINA VAZQUEZ MEZA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Adriana Marina Vazquez Meza**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Cirujano Dentista a**

Institución educativa: **Unam Enep Iztacala**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **22 de Mayo de 2013**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Ortodoncia**

Institución educativa: **C.E.I.O Centro e Investigación en Ortodoncia**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Fecha: **22 de Mayo de 2019**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Cirujano Dentista a**

Institución educativa: **Unam Enep Iztacala**

Ubicación: **México**

Estatus: **Cursando**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Ortodoncia**

Institución educativa: **C.E.I.O. Centro de Estudios e Investigacion en Ortodoncia**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Fecha: **22 de Mayo de 2019**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Cirujano Dentista**

Institución educativa: **Unam fes Ixtacala**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Fecha: **22 de Mayo de 2019**

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 3 san Francisco Tlaltenco**

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

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Cirujano Dentista a**

Especifique función principal: **Otro - Cirujano Dentista a**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **18 de Octubre de 2013**

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:
Secretaría de Salud

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud t3 san Francisco Tlaltenco**

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

Calle: **Carlos a Vidal**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

Colonia/Localidad: **san Francisco Tlaltenco**

Código postal: **13400**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **58412050**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Cirujano Dentista a**

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

Fecha de ingreso: **18 de Octubre de 2013**

Fecha de egreso: **14 de Mayo 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): **223,184.00**

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): **223,184.00**