



Declaración pública **Declaración inicial** de **BEATRIZ SUSANA FERNANDEZ IBARRA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Beatriz Susana Fernandez Ibarra**

Correo electrónico institucional: **susy_sabiduria@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Conocimientos Generales**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Esc. Primaria Lic. Adolfo Lopez Mateos**

Fecha: **7 de Junio de 1976**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Conocimientos Generales**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Esc. Secundaria "Xicotencatl"**

Fecha: **4 de Junio de 1979**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Carrera Tecnica Trabajo Social**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Esc. C.E.T.I.S. no. 5**

Fecha: **7 de Junio de 1982**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Conocimientos Generales**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Esc. C.E.T.I.S. no. 51**

Fecha: **7 de Junio de 2010**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Trabajo Social**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Esc. Universidad de Tamaulipas**

Fecha: **3 de Junio de 2013**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Reforma Aeronautica**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Trabajo Social**

Número exterior: **3018**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **Reforma Política**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Operativo**

Código postal: **09730**

Especifique función principal: **Otro - Educacion, Investigacion y Orientacion** Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **10 de Julio de 1996** Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Educacion, Investigacion y Orientacion**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Comision de Ecologia

Fecha de ingreso: **16 de Junio de 1983**

Fecha de egreso: **14 de Junio de 1985**

Área de adscripción / Área: **Trabajo Social**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Educacion, Investigacion y Orientacion**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Comision Coordinador Para el Desarrollo Rural

Fecha de ingreso: **17 de Junio de 1985**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 1987**

Área de adscripción / Área: **Trabajo Social**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Educacion, Investigacion y Orientacion**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Gineco 2 S.M.D.D.F.

Fecha de ingreso: **15 de Junio de 1987**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 1992**

Área de adscripción / Área: **Trabajo Social**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Educacion, Investigacion y Orientacion**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Materno Infantil Inguaran S.M.D.D.F.

Fecha de ingreso: **15 de Junio de 1992**

Fecha de egreso: **16 de Mayo de 1996**

Área de adscripción / Área: **Trabajo Social**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Educacion, Investigacion y Orientacion**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital General Iztapalapa C.E.E.

Fecha de ingreso: **17 de Junio de 1996**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2020**

Área de adscripción / Área: **Trabajo Social**

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): **20,698.00**

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): **20,698.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **Si**

Fecha de inicio: **(Ninguno)**

Fecha de salida: **(Ninguno)**

I - REMUNERACIÓN ANUAL NETA DEL DECLARANTE POR SU CARGO PÚBLICO (POR CONCEPTO DE SUELDOS, HONORARIOS, COMPENSACIONES, BONOS, AGUINALDOS Y OTRAS PRESTACIONES) (CANTIDADES NETAS DESPUÉS DE IMPUESTOS): **(Ninguno)**

II - OTROS INGRESOS DEL DECLARANTE, RECIBIDOS DURANTE EL TIEMPO EN EL QUE SE DESEMPEÑÓ COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR (SUMA DEL II.1 AL II.5): **(Ninguno)**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **(Ninguno)**

A. Ingreso neto del declarante recibido en el año inmediato anterior (suma del numeral I y II): **(Ninguno)**