



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ADRIANA BALTAZAR BASTIDAS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Adriana Baltazar Bastidas**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina Paliativa**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **7 de Febrero de 2019**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Geriatría**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **14 de Diciembre de 2017**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medicina**

Institución educativa: **Universidad Autonoma de Baja California**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **25 de Noviembre de 2013**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Geriatría**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Especialista b Geriatra**

Especifique función principal: **Otro - Consulta Medica de Geriatría**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Septiembre de 2020**

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

Calle: **Oriente**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **245**

Municipio/Alcaldía: **Iztacalco**

Colonia/Localidad: **Agrícola Oriental**

Código postal: **08500**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6780**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Geriatra**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Clínica Integral Comedic

Fecha de ingreso: **16 de Diciembre de 2019**

Fecha de egreso: **15 de Septiembre de 2020**

Área de adscripción / Área: **Medica**

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: **Medico Geriatra**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Centro Medico Dalinde

Fecha de ingreso: **4 de Marzo de 2019**

Fecha de egreso: **15 de Septiembre de 2020**

Área de adscripción / Área: **Consulta Externa**

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

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): **275,952.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **180,000.00**

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): **180,000.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Consulta medica.**

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): **455,952.00**