



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ANABEL GREGORIO APOLINAR** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Anabel Gregorio Apolinar**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Gestión Directiva**

Institución educativa: **Universidad del Valle de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **16 de Noviembre de 2018**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Salud Publica**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas .A.C.**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **11 de Febrero de 2019**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **C.S. T-li san Jose**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General a**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Marzo de 2012** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700**

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

Calle: **av. Agustin Para Esq. Joventino Rosas**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

Colonia/Localidad: **san José**

Código postal: **13020**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Fundacion Best**

Área de adscripción / Área: **Administrativa**

R.F.C. (Si es sector privado): **FBE99021772A**

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

Fecha de ingreso: **15 de Noviembre de 2003**

Fecha de egreso: **15 de Diciembre de 2009**

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

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): **235,035.00**

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): **235,035.00**