



Declaración pública **Declaración inicial** de **FATIMA PATRICIA SANCHEZ MOJICA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Fatima Patricia Sanchez Mojica**

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

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **19 de Septiembre de 2019**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **c.s Tiii dr Rafael Ramirez Suarez**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Junio de 2021**

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

Calle: **av Montevideo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **17**

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

Colonia/Localidad: **san Bartolo Atepehuacan**

Código postal: **07730**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5555865633 - 555**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Laboratorio Seryte**

Área de adscripción / Área: **Laboratorio**

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

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

Fecha de ingreso: **15 de Agosto de 2019**

Fecha de egreso: **17 de Junio de 2020**

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

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): **17,138.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **5,650.00**

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): **5,650.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **SEGURO MEDICO**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **22,788.00**

**¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?**

**¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? No**