



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LETICIA MARTINEZ ARCOS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Leticia Martínez Arcos**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Psicoterapia Transpersonal Integrativa**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Instituto Mexicano de Psicooncología**

Fecha: **18 de Marzo de 2022**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Nutrición**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Universidad Autónoma Metropolitana**

Fecha: **18 de Agosto de 1997**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Tecnología de Alimentos y Bachillerato**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Centro de Estudios Superiores y de Servicios no. 96**

Fecha: **30 de Julio de 1992**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Calle: **Insurgentes Norte**

Área de adscripción: **Subdirección de Promoción de la Salud Para Grupos de Mayor Riesgo**

Número interior: **Piso 4**

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

Número exterior: **423**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Soporte Administrativo a**

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Especifique función principal: **Otro - Revisar y Realizar Estrategias de**

Código postal: **06900**

Promoción de la Salud Para la Población de la Ciudad de México,

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Participación en la Comisión Intersectorial de Promoción de la Salud de la Cdmx.

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 1600**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **5 de Julio de 2011**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Grupo Empresarial Kome s. a. de c. v.

Fecha de ingreso: **18 de Marzo de 1997**

Fecha de egreso: **25 de Agosto de 2006**

Área de adscripción / Área: **Coordinación de Servicios de Alimentación**

Sector al que pertenece: **Otro - Servicio de Alimentación**

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): **188,743.00**

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): **188,743.00**