



Declaración pública **Declaración de modificación** de **BERENICE MARTINEZ NAVA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Milpa Alta** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Berenice Martinez Nava**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Optometría**

Institución educativa: **ipn**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **26 de Marzo de 2009**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Milpa Alta**

Área de adscripción: **J.U.D. de Salud**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **89**

Especifique función principal: **Otro - Optometrista**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Mayo de 2015** Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

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

Calle: **Avenida Guerrero esq Calle Toluca**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sn**

Municipio/Alcaldía: **Milpa Alta**

Colonia/Localidad: **san Agustin**

Código postal: **12070**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Optometrista Vickmac Asesores , S.A. de C.V.

Fecha de ingreso: **26 de Junio de 2008**

Fecha de egreso: **15 de Septiembre de 2010**

Área de adscripción / Área: **Atencion Medica**

Sector al que pertenece: **Servicios Profesionales**

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: **Optometrista**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Optometrista Holtz y Asociados

Fecha de ingreso: **28 de Abril de 2008**

Fecha de egreso: **24 de Junio de 2008**

Área de adscripción / Área: **Atencion Medica**

Sector al que pertenece: **Servicios Profesionales**

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: **Optometrista**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Ópticas Deblyn

Fecha de ingreso: **17 de Agosto de 2006**

Fecha de egreso: **31 de Octubre de 2006**

Área de adscripción / Área: **Atencion Medica**

Sector al que pertenece: **Servicios Profesionales**

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): **145,707.00**

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): **145,707.00**