Declaracion pública **Declaración de modificación** de **ANGIE BRENDA MARTINEZ MUÑOZ** 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): **Angie Brenda Martinez Muñoz**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Salud Publica**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tampaulipas**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **18 de Febrero de 2019**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Junio de 2005**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud Tiii dr. Guillermo Roman y Carrillo**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2008**

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

Calle: **av. Zacatlan**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **146**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **san Lorenzo Tezonco**

Código postal: **09790**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 6892**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Imss Oportunidades**

Área de adscripción / Área: **Unidad Medica Urbana "San Francisco Tlalnepantla"**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2006**

Fecha de egreso: **1 de Enero de 2007**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Grupo Salud Industrial**

Área de adscripción / Área: **Administrativa**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2005**

Fecha de egreso: **1 de Enero de 2006**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Clinica Medica de Oriente**

Área de adscripción / Área: **Rama Medica**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2005**

Fecha de egreso: **1 de Enero de 2006**

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): **432,404.00**

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): **432,404.00**