



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ANA BELEN GALICIA NARCISO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **ana Belen Galicia Narciso**

Correo electrónico institucional: **ana.narciso@outlook.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Anestesiología**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **15 de Noviembre de 2017**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital Materno Pediatrico Xochimilco**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **1080**

Especifique función principal: **Otro - Aplicación de Anestias**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Octubre de 2019**

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

Calle: **Avenida 16 de Septiembre**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Xochimilco**

Colonia/Localidad: **Barrio Xaltocan**

Código postal: **16090**

Entidad federativa: **None**

Teléfono de oficina y extensión: **5556764993**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto de Salud del Estado de México / Hospital Materno Infantil Chalco Josefa Ortíz de Domínguez

Área de adscripción / Área: **Anestesiología**

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

Especifique función principal: **Otro - Aplicación de Anestias Para Procedimientos Quirúrgicos**

Fecha de ingreso: **16 de Agosto de 2017**

Fecha de egreso: **29 de Mayo de 2022**

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): **298,055.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **339,885.00**

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): **339,885.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **SEGUNDO EMPLEO HOSPITAL MATERNO INFANTIL CHALCO JOSEFA ORTIZ DE DOMINGUEZ**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **637,940.00**