



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ELIZABETH NAYELLI BELTRAN MARTINEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Elizabeth Nayelli Beltran Martinez**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **15 de Agosto de 2013**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Tecnico en Enfermería General**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**

Fecha: **7 de Mayo de 1998**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **av. Gaston Melo**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Centro de Salud T-ii Gaston Melo**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Milpa Alta**

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

Colonia/Localidad: **Tenantitla**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera General c**

Código postal: **12100**

Especifique función principal: **Otro - Enfermera de Campo**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2009** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7411**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Enfermería**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Nacional de Cancerología

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 1999**

Fecha de egreso: **1 de Septiembre de 2001**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Enfermería**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Fecha de ingreso: **10 de Septiembre de 2001**

Fecha de egreso: **1 de Noviembre de 2005**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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): **334,684.00**

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): **334,684.00**