



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LIZBETH MONSERRATT DEL VILLAR MENDOZA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Inclusión y Bienestar Social** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Lizbeth Monserratt del Villar Mendoza**

Correo electrónico institucional: **lizdelvillar@yahoo.com.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Informática Administrativa**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **Universidad Chapultepec**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Nombre del ente público: **Secretaría de Inclusión y Bienestar Social**

Calle: **Fernando de Alva Ixtlixochitl**

Área de adscripción: **Dirección Ejecutiva del Instituto Para el Envejecimiento Digno**

Número interior: **Piso 7**

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

Número exterior: **185**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **189**

Colonia/Localidad: **Tránsito**

Especifique función principal: **Otro - Acompañamiento en Visitas Medicas**

Código postal: **06820**

Domiciliarias, Captura de Reportes de Productividad, Diseño de Formatos Para Valoración Médica, Análisis y Diseño de Bases de Datos..

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 2007**

Teléfono de oficina y extensión: **5589573404**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **Dirección de Atención Medica**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Apoyo Administrativo en Salud a7**

Especifique función principal: **Otro - Acompañamiento en Visitas Medicas, Analisis y Diseño de Bases de Datos, Diseño de Formatos Para Valoración Medica.**

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2005**

Fecha de egreso: **1 de Agosto de 2007**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaria de Salud

Área de adscripción / Área: **Direccion de Informatica**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Oficina**

Especifique función principal: **Otro - Capturista**

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2004**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2005**

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): **293,689.00**

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): **293,689.00**