



Declaración pública **Declaración de modificación** de **BERNARDO BARRERA HERNANDEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Bernardo Barrera Hernandez**

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

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Ciencias Políticas y Administración Pública**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Humanitas Escuela de Estudios Superiores**

Fecha: **23 de Octubre de 2019**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Operador de Microcomputadoras**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Instituto Profesional de Estudios en Computación**

Fecha: **6 de Diciembre de 2002**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Administración de Negocios**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Tecnológica de México**

Fecha: **27 de Abril de 2024**

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. Insurgentes Norte san Simon Tolnahuac**

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

Número interior: **Piso 17**

Área de adscripción: **Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias**

Número exterior: **Numero 423**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **510**

Código postal: **06900**

Especifique función principal: **Administración de Bienes**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Diciembre de 2013**

Teléfono de oficina y extensión: **51321250 - 1392**

**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:  
**Secretaría de Salud**

Área de adscripción / Área: **Hospital Pediátrico Legaria**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar de Cocina**

Especifique función principal: **Contratos, Adquisiciones, Servicios y Obra Pública**

Fecha de ingreso: **17 de Marzo de 2009**

Fecha de egreso: **1 de Agosto de 2011**

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): **217,800.00**

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): **217,800.00**