



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ANTONIO BARRIOS MENDOZA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Antonio Barrios Mendoza**

Correo electrónico institucional: **abarrios64@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **17 de Mayo de 2012**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Tecnico Laboratorista Clinico**

Institución educativa: **Centro de Estudios Cientificos y Tecnologicos #15**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **15 de Julio de 2000**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Diurna n° 44 "Rosario Gutierrez Eskildsen"**.

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **15 de Julio de 1997**

Nivel: **Primaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Escuela Primaria Enrique c Rebsamen**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **15 de Julio de 1994**

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 General Tlahuac**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Coordinador en Areas a la Salud Tipo c**

Especifique función principal: **Otro - Asistente de Referencia**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **58501011 - 76028**

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

Calle: **Avenida la Turba**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **655**

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

Colonia/Localidad: **Villa Centro Americana**

Código postal: **13278**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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:
Secretaría de Salud

Área de adscripción / Área: **Centro de Ejecucion de Sanciones Penales Varonil Oriente**

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

Especifique función principal: **Otro - Atencion Medica a Interno Pacientes,**

Fecha de ingreso: **16 de Abril de 2014**

Fecha de egreso: **1 de Octubre de 2014**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Farmacia Medifarma

Área de adscripción / Área: **Consultorio Medico**

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

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2013**

Fecha de egreso: **1 de Abril de 2014**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Farmacia Zury

Área de adscripción / Área: **Consultorio Medico**

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

Fecha de ingreso: **30 de Marzo de 2012**

Fecha de egreso: **1 de Septiembre de 2013**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Consultorio Medico

Área de adscripción / Área: **Consultorio Medico**

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

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2010**

Fecha de egreso: **30 de Enero de 2011**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Asociacion Civil Ciudadanos por un Ambiente Mejor

Área de adscripción / Área: **Consultorio Medico**

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

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2007**

Fecha de egreso: **15 de Diciembre de 2008**

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:
Sistema Proteccion Social en Salud

Área de adscripción / Área: **Gestion Medica**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Coordinadoren Areas de la Salud c**

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

Fecha de ingreso: **16 de Octubre de 2014**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2019**

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): **260,003.00**

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): **260,003.00**