



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ADRIANA EVANGELINA MARTINEZ RODRIGUEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Adriana Evangelina Martinez Rodriguez**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermería**

Institución educativa: **Universidad Tecnológica de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **5 de Septiembre de 2018**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Hospital General de Tláhuac dr. Matilde Petra Montoya Lafragua**

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

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

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

Especifique función principal: **Otro - Servicio Publico**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **2 de Noviembre de 2020**

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

Calle: **av. la Turba**

Número interior: **s/n**

Número exterior: **655**

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

Colonia/Localidad: **la Turba**

Código postal: **13250**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

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: **Atención Directa al Público**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de la Defensa Nacional

Fecha de ingreso: **2 de Noviembre de 2020**

Fecha de egreso: **25 de Junio de 2021**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Angeles Santa Monica

Fecha de ingreso: **2 de Septiembre de 2019**

Fecha de egreso: **29 de Mayo de 2020**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2019**

Fecha de egreso: **27 de Septiembre de 2019**

Área de adscripción / Área: **Ventas**

Sector al que pertenece: **Otro - Entretenimiento**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

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): **225,600.00**

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): **225,600.00**