



Declaración pública **Declaración de modificación** de **BEATRIZ ELIZABETH MACEDO EUAN** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Beatriz Elizabeth Macedo Euan**

Correo electrónico institucional: **macedoeuan@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: **19 de Febrero de 2013**

---

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestria en Adminitracion de Hospitales y Salud Pública**

Institución educativa: **Instituto de Estudios Superiores en Administracion Publica**

Ubicación: **México**

Estatus: **Cursando**

---

### 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: **Secretaria de Salud de la Ciudad de Mexico**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **M01004**

Especifique función principal: **Otro - Medico Administrativo**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Agosto de 2019**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Avenida Insurgentes Norte**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **423**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Código postal: **06900**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5551321200**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Soporte Administrativo**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Administrativa**

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

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2014**

Fecha de egreso: **1 de Enero de 2015**

Área de adscripción / Área: **Gestion Financiera**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Departamento de Supervision Operativa**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Supervision**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Comision Nacional de Proteccion Social en Salud**

Fecha de ingreso: **2 de Febrero de 2015**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2018**

Área de adscripción / Área: **Direccion General de Gestion de Servicios de Salud / Direccion de Supervision y Verificacion**

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): **444,260.00**

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): **444,260.00**