



Declaración pública **Declaración de modificación** de **BARBARA ANGELICA MARTINEZ MANCERA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Barbara Angelica Martinez Mancera**

Correo electrónico institucional: **moraazulmtz.bm@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medica Cirujana**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **26 de Octubre de 1995**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Tetlepanquetzanzin**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Centro de Salud tii Ejido los Reyes**

Número exterior: **Numero 32 Lote 1**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **los Reyes Culhuacán**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **M01006 Medico General "a"**

Código postal: **09840**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2015** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6921**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Dictaminar Condiciones de Polizas Sgmm**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Grupo Nacional Provincial S.A.B.**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2001**

Área de adscripción / Área: **Gastos Medicos Mayores**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2003**

R.F.C. (Si es sector privado): **GNP921124480**

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

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): **544,991.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **31,200.00**

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): **31,200.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **pension alimenticia**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **576,191.00**