



Declaración pública **Declaración de modificación** de **BEATRIZ MARTINEZ ROMERO** 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 Martinez Romero**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Especialidad Médica (Psiquiatría)**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

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

Fecha: **29 de Mayo de 2018**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Médico Cirujano y Partero**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Escuela Superior de Medicina, Instituto Politecnico Nacional**

Fecha: **29 de Mayo de 2018**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Posgrado de Alta Especialidad en Medicina Neuropsiquiatría**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Fecha: **28 de Febrero de 2011**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Posgrado de Alta Especialidad en Medicina Genero Sexualidad y Salud Reproductiva**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Fecha: **28 de Febrero de 2014**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Diplomado en Psicología Relacional**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Centro Internacional de Psicología Relacional**

Fecha: **27 de Mayo de 2022**

Ubicación: **Extranjero**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital General Ajusco Medio, Secretaria de Salud del Distrito Federal**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Medica Especialista**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Septiembre de 2011**

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

Calle: **Encinos**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **41**

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

Colonia/Localidad: **Miguel Hidalgo 2a Sección**

Código postal: **14250**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5551321200 - 416**

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: **Comision Ejecutiva de Atencion a Victimas**

Área de adscripción / Área: **Unidad Medica**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medica Especialista**

Especifique función principal: **Otro - Valoraciones Psiquiatricas a Victimas**

Fecha de ingreso: **15 de Enero de 2015**

Fecha de egreso: **15 de Marzo de 2016**

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): **619,714.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **13,400.00**

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): **13,400.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **consulta medica**

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): **633,114.00**