



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ANGELICA MARTINEZ HUITRON** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Angelica Martinez Huitron**

Correo electrónico institucional: **martinezangelica995@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestria en Administracion de Hospitales y Salud Publica**

Estatus: **Finalizado**

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

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **11 de Mayo de 2011**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Anestesiologia**

Estatus: **Finalizado**

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

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Marzo de 1999**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Estatus: **Finalizado**

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

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **31 de Octubre de 1992**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Sociales**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Escuela de Administracion Publica de la Cdmx**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **8 de Diciembre de 2022**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Subsecretaría de Prestación de Servicios Médicos e Insumos**

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

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

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Febrero de 2023**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Secretaría de Salud de la Ciudad de México**

Área de adscripción / Área: **Subsecretaría de Prestación de Servicios Médicos e Insumos**

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

Calle: **Avenida Insurgentes Norte Conjunto Urbano**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **423**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Cuauhtémoc**

Código postal: **06500**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5551231900**

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **16 de Febrero de 2023**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2023**

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): **739,577.00**

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): **739,577.00**