



Declaración pública **Declaración inicial** de **MARIA FERNANDA NUÑEZ VELAZQUEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Centro de Comando, Control, Cómputo, Comunicaciones y Contacto Ciudadano de la Ciudad de México (C5)** en **2025**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Maria Fernanda Nuñez Velazquez**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Lic. en Medico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad Justo Sierra**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Fecha: **31 de Agosto de 2024**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Administracion de Instituciones de Salud**

Institución educativa: **Universidad Ixex**

Ubicación: **México**

Estatus: **Cursando**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatat**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Centro de Comando, Control, Cómputo, Comunicaciones y Contacto Ciudadano de la Ciudad de México (C5)**

Área de adscripción: **Estabilidad Laboral**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Tecnico Operador pr c**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Enero de 2025**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Espamedic sa de cv**

Área de adscripción / Área: **Consultorio Medico**

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

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

Calle: **Cecilio Robelo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **3**

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

Colonia/Localidad: **del Parque**

Código postal: **15960**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550363000**

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

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2024**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2025**

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

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)
(Cantidades netas después de impuestos): **11,200.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **11,200.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**