



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ALBERTO FRANCISCO FLORES MARITANO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2025**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Alberto Francisco Flores Maritano**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Profesional Tecnico Bachiller en Enfermería General**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Colegio de Educación Profesional Técnica (Conalep) Nezahualcoyotl 1**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **4 de Diciembre de 2015**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciado en Enfermería**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia Unam**

Fecha: **28 de Julio de 2022**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **av. Insurgentes Norte**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Dfssa005035 Dirección de Atención Médica**

Número exterior: **423**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Apoyo Administrativo en Salud a-3**

Código postal: **06900**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2018**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 1061**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermero General**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **hsm** Fecha de ingreso: **16 de Marzo de 2015**
Operacion Integral Para la Salud Fecha de egreso: **12 de Abril de 2015**
Área de adscripción / Área: **Enfermería** Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**
R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)** Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermero General**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: Fecha de ingreso: **24 de Abril de 2015**
Servicios Paramedicos Angeles Fecha de egreso: **15 de Diciembre de 2015**
Área de adscripción / Área: **Enfermería** Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**
R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)** Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermero General**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Inter** Fecha de ingreso: **26 de Diciembre de 2016**
Hosp Fecha de egreso: **25 de Abril de 2017**
Área de adscripción / Área: **Enfermería** Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**
R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)** Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermero General**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: Fecha de ingreso: **26 de Junio de 2017**
Servicios Administrativos sm Fecha de egreso: **19 de Septiembre de 2017**
Área de adscripción / Área: **Enfermería** Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**
R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)** 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): **12,022.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **13,550.00**

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): **13,550.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **ENFERMERIA**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **25,572.00**