



Declaración pública **Declaración inicial** de **ELIZABETH TOVAR ESPINOSA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Azcapotzalco** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Elizabeth Tovar Espinosa**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Agosto de 2005**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Agosto de 2005**

Datos del empleo, cargo o comisión

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Azcapotzalco**

Área de adscripción: **C.S.Ti Santa Barbara**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Septiembre de 2020**

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

Calle: **Miguel Hidalgo Esq. Adolfo Ruiz**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

Colonia/Localidad: **Santa Bárbara**

Código postal: **02230**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6137**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Coordinadora de Consulta Externa**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Obregon

Fecha de ingreso: **10 de Mayo de 2018**

Fecha de egreso: **15 de Junio de 2020**

Área de adscripción / Área: **Consulta Externa**

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: **Público**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefatura de Departamento**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Jornadas de Salud**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaria de Seguridad Publica Federal

Fecha de ingreso: **16 de Abril de 2007**

Fecha de egreso: **15 de Septiembre de 2011**

Área de adscripción / Área: **Organo Desconcentrado de Readaptacion Social**

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): **29,694.00**

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): **29,694.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

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