



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ALDO MEDINA FLORES** en el
puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno CDMX** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Aldo Medina Flores**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Bachillerato**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Colegio de Bachilleres N.18 Tlilhuaca-Azcapotzalco**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Colegio de Bachilleres n18 Tlilhuaca-Azcapotzalco**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Carrera Técnica en Contabilidad**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Universidad Nacional Autónoma de Mexico**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Licenciatura en Trabajo Social**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **sr Juana Inés de la Cruz**

Fecha: **2 de Julio de 2001**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estat**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno Cdmx**

Área de adscripción: **Secretaría de Salud**

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

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Febrero de 2021**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estat**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Para la Atención y Prevención de las Adicciones de la Ciudad de México

Área de adscripción / Área: **Dirección de Capacitación**

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

Calle: **Avenida Insurgentes Norte**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **423**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **san Simón Tolnáhuac**

Código postal: **06920**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **55574105**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Líder Coordinador de Proyectos de Formación Complementaria**

Especifique función principal: **Otro - Capacitación**

Fecha de ingreso: **16 de Septiembre de 2017**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2018**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estat**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Dirección General de Tratamiento Para Adolescentes

Área de adscripción / Área: **Comunidad de Diagnostico Integral Para Adolescentes**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Trabajador Social**

Especifique función principal: **Procuración de Justicia (Sentencias, Ministerios Públicos, Fiscales, Policías de Investigación, Auxiliares Ministeriales, Etc.)**

Fecha de ingreso: **7 de Octubre de 2014**

Fecha de egreso: **15 de Septiembre de 2017**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estat**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación

Área de adscripción / Área: **Subdirección de Educación a Distancia**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Tutor**

Especifique función principal: **Otro - Capacitación**

Fecha de ingreso: **2 de Diciembre de 2019**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2020**

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): **144,000.00**

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): **144,000.00**