



Declaración pública **Declaración de modificación** de **GABRIELA JETTZHARE LANDIN RONQUILLO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Gabriela Jettzhare Landin Ronquillo**

Correo electrónico institucional: **Jettzha_Ir@outlook.es**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Enfermería General**

Institución educativa: **Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **12 de Julio de 2012**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **John f Kennedy**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **c.s Tiii Ampliación Presidentes**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

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

Colonia/Localidad: **2a Ampliación Presidentes**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera Auxiliar "a"**

Código postal: **01299**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Abril de 2019** Teléfono de oficina y extensión: **5556029240**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

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

Clínica de Colposcopia Cruz Talonia

Fecha de ingreso: **16 de Abril de 2018**

Fecha de egreso: **31 de Marzo de 2019**

Área de adscripción / Área: **Clínica de Colposcopia Cruz Talonia**

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: **Asistente Medico**

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

Clínica de Colposcopia Cruz Talonia

Fecha de ingreso: **16 de Enero de 2017**

Fecha de egreso: **15 de Abril de 2018**

Área de adscripción / Área: **Clínica de Colposcopia Cruz Talonia**

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): **251,915.00**

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): **251,915.00**