



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JESSICA LILIANA GONZALEZ CASTRO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Tláhuac** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jessica Liliana Gonzalez Castro**

Correo electrónico institucional: **lilian.pink2410@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Salud**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **Conalep**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

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

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **av. Tlahuac**

Nombre del ente público: **Alcaldía Tláhuac**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **jud de Relaciones Laborales y Prestaciones**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

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

Colonia/Localidad: **la Asunción**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **89**

Código postal: **13000**

Especifique función principal: **Otro - Administrativo**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Mastografías y Colposcopias**

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

Fecha de ingreso: **2 de Enero de 2007**

Área de adscripción / Área: **Salud Publica**

Fecha de egreso: **15 de Diciembre de 2009**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Enfermería**

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

Fecha de ingreso: **16 de Diciembre de 2009**

Área de adscripción / Área: **Cendis**

Fecha de egreso: **13 de Marzo 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): **82,025.00**

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): **82,025.00**