



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MOISES ACEVES CRESPO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Moises Aceves Crespo**

Correo electrónico institucional: **qbpmoisesac@outlook.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Químico Bacteriologo Parasitologo**

Institución educativa: **ipn**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Julio de 2013**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Salud**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **1 de Junio de 2015**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Salud**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **1 de Junio de 2015**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Dgpsm**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Profesional Galene Salud b**

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

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

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Reforma Aeronutica**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **3018**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Reforma Política**

Código postal: **09730**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Silliker México S.A. de C.V.

Fecha de ingreso: **15 de Julio de 2013**

Fecha de egreso: **7 de Julio de 2014**

Área de adscripción / Área: **Bacteriología**

Sector al que pertenece: **Otro - Industria Alimentos**

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): **193,048.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **20,000.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **10,000.00**

TIPO DE INSTRUMENTO QUE GENERÓ EL RENDIMIENTO O GANANCIA **OTRO**
OTRO Cetes

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): **10,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Tandas**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **213,048.00**