



Declaración pública **Declaración de modificación** de **AMALIA GARCIA OSORNIO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en 2022

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Amalia Garcia Osornio**

Correo electrónico institucional: **amiluzgarciaosornio@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias Y estudios Superiores de Tamaulipas**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **4 de Mayo de 2016**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Juventino Rosas**

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

Área de adscripción: **Jurisdicción Sanitaria Cuauhtémoc**

Número exterior: **78**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Ex-Hipódromo de Peralvillo**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Apoyo Administrativo a 3**

Código postal: **06250**

Especifique función principal: **Otro - Apoyo Administrativo**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Abril de 2016** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6404**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Apoyo Administrativo a-3**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Control de Asistencia**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública de Ciudad de México

Fecha de ingreso: **16 de Abril de 2016**

Fecha de egreso: **16 de Abril de 2016**

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Cuauhtemoc**

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): **107,804.00**

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): **107,804.00**