



Declaración pública **Declaración de modificación** de **YULIVED CRUZ DIAZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Azcapotzalco** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Yulived Cruz Diaz**

Correo electrónico institucional: **yaenz@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano y Partero**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional , Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **24 de Mayo de 2013**

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: **Camino a Nextengo Rosas Moreno**

Nombre del ente público: **Alcaldía Azcapotzalco**

Número interior: **sn**

Área de adscripción: **Área Medica**

Número exterior: **sn**

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

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

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

Colonia/Localidad: **Santiago Ahuizotla**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Médico General a**

Código postal: **02750**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Febrero de 2022**

Teléfono de oficina y extensión: **5553593913 - 0000**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

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

Fecha de ingreso: **27 de Diciembre de 2016**

Fecha de egreso: **19 de Abril de 2017**

Área de adscripción / Área: **Área Medica**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

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

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2020**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2020**

Área de adscripción / Área: **Área Medica**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico General a**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Centro de Salud t2 el Arenal

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2020**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2021**

Área de adscripción / Área: **Area Medica**

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): **306,032.00**

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): **306,032.00**