



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ALEJANDRO SANCHEZ REYES** 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): **Alejandro Sanchez Reyes**

Correo electrónico institucional: **alejandrosanchezreyes79@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autónoma de Tlaxcala**

Fecha: **4 de Febrero de 2004**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina Familiar**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de Mexico**

Fecha: **7 de Enero de 2010**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Nutricion Clínica**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad del Valle de Mexico**

Fecha: **22 de Diciembre de 2014**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Gerontologia Medica**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de Mexico**

Fecha: **13 de Febrero de 2012**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Tecnico en Alimentos**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Cbtis 211 (Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios)**

Fecha: **20 de Junio de 1996**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud Tipo iii dr. Rafael Carrillo**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General "b"**

Especifique función principal: **Otro - Medico Especialista, Funciones Operativas Consulta Externa.**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Noviembre de 2014**

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

Calle: **Victoria**

Número interior: **0**

Número exterior: **32**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **san Lucas**

Código postal: **09000**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6912**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Tipo iii dr. Rafael Carrillo.**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Especialista "a"**

Especifique función principal: **Otro - Medico Especialista en la Consulta Externa**

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2014**

Fecha de egreso: **29 de Junio 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): **465,393.00**

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): **465,393.00**