

Declaración pública **Declaración de modificación** de **ARMANDO MANUEL BLANCAS GARCES** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Milpa Alta** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Armando Manuel Blancas Garces**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Educación**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Universidad Insurgentes**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Psicología**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Insurgentes**

Fecha: **6 de Marzo de 2019**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Laboratorista Clínico**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Fecha: **22 de Octubre de 2008**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

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

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Andador Sonora**

Nombre del ente público: **Alcaldía Milpa Alta**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Dirección General de Construcción de Ciudadanía**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Milpa Alta**

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

Colonia/Localidad: **Villa Milpa Alta Centro**

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

Código postal: **12000**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Mayo de 2015** Teléfono de oficina y extensión: **5558623482 - 1506**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Proa**

Fecha de ingreso: **4 de Abril de 2012**

Área de adscripción / Área: **Atención al Público**

Fecha de egreso: **4 de Diciembre de 2012**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

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): **128,918.00**

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): **128,918.00**