

Declaración pública **Declaración de modificación** de **JEANNETTE FLORES GONZAGA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jeannette Flores Gonzaga**

Correo electrónico institucional: **jefloresg@ipn.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Químico Bacteriologo Parasitologo**

Institución educativa: **Escuela Nacional de Ciencias Biologicas**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **27 de Enero de 2009**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Clinica Especializada Condesa**

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

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Químico a**

Especifique función principal: **Otro - Químico a**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 2016**

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

Calle: **Benjamin Hill**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **24**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Condesa**

Código postal: **06140**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **26149215**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Nacional de Cancerologia

Área de adscripción / Área: **Químico**

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

Especifique función principal: **Otro - Químico en Banco de Sangre**

Fecha de ingreso: **16 de Noviembre de 2012**

Fecha de egreso: **16 de Noviembre de 2013**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Medica sur

Área de adscripción / Área: **Toma de Muestras**

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

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

Fecha de ingreso: **16 de Julio de 2009**

Fecha de egreso: **16 de Julio de 2010**

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): **311,867.00**

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): **311,867.00**