



Declaración pública **Declaración de modificación** de **DEBORA PRISCILA ANGUIANO ALVA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Tláhuac** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Debora Priscila Anguiano Alva**

Correo electrónico institucional:

jspublica.pazybienestar@tlahuac.cdmx.gob.mx

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Cirujano Dentista**

Institución educativa: **fes Iztacala Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **23 de Enero de 2015**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Colegio de Ciencias y Humanidades**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **28 de Mayo de 2008**

Datos del empleo, cargo o comisión

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Tláhuac**

Área de adscripción: **Jefatura de Unidad Departamental de Salud Pública**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Área Operativa**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2020**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **And. Miguel Hidalgo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

Colonia/Localidad: **san Miguel**

Código postal: **13070**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5558423432**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Fideicomiso Educación Garantizada del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **Coordinación de Apoyos Escolares**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Prestador de Servicios Profesionales**

Especifique función principal: **Otro - Area Operativa**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2020**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2020**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Clinica Dental Dentistika

Área de adscripción / Área: **Atencion**

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

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

Fecha de ingreso: **2 de Enero de 2014**

Fecha de egreso: **9 de Enero de 2018**

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): **183,749.00**

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): **183,749.00**