

Declaración pública **Declaración de modificación** de **KARINA ANDREA ALONSO BLANCAS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Karina Andrea Alonso Blancas**

Correo electrónico institucional: **bardiche1730@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería y Obstetricia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Escuela de Enfermería de la Ciudad de México**

Fecha: **7 de Febrero de 2019**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Optometría**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Conalep Aztahuacan n 11**

Fecha: **25 de Junio de 2010**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Calz Mexico Tacuba**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Profesora**

Número exterior: **595**

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

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

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

Colonia/Localidad: **Tacuba**

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

Código postal: **11410**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **27 de Julio de 2019** Teléfono de oficina y extensión: **5553421251**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

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

Fecha de ingreso: **5 de Enero de 2010**

Centro de Vision

Fecha de egreso: **20 de Julio de 2011**

Área de adscripción / Área: **Optometrista**

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): **7,000.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **7,000.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **7,000.00**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL **Escuela de Enfermería de la Ciudad de Mexico**
TIPO DE NEGOCIO **Profesora de licenciatura de enfermería y obstetricia**

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): **14,000.00**