

Declaración pública **Declaración de modificación** de **JUANA ENRIQUEZ LOPEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Azcapotzalco** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Juana Enriquez Lopez**

Correo electrónico institucional: **jael13081969@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Pediatría**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autonoma del Estado de Mexico**

Fecha: **6 de Julio de 2006**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Victor Hernandez**

Nombre del ente público: **Alcaldía Azcapotzalco**

Número interior: **s/n**

Área de adscripción: **hmi dr. Nicolas m. Cedillo**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

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

Colonia/Localidad: **san Juan Tlihuaca**

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

Código postal: **02400**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **4 de Abril de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **5553940565 - 5114**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Sanatorio y Servicios Medicos Obregon

Área de adscripción / Área: **Pediatría**

R.F.C. (Si es sector privado): **SSM000504935**

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

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2002**

Fecha de egreso: **26 de Mayo de 2022**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Área de adscripción / Área: **Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía**

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

Especifique función principal: **Otro - Educacion**

Fecha de ingreso: **8 de Enero de 2020**

Fecha de egreso: **26 de Mayo de 2022**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto de Salud del Estado de Mexico

Área de adscripción / Área: **Pediatría**

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

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

Fecha de ingreso: **3 de Marzo de 2018**

Fecha de egreso: **26 de Mayo de 2022**

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): **355,500.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **37,934.00**

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): **37,934.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **HONORARIOS MEDICOS PROFESIONALES**

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): **393,434.00**