



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ALMA ROSA ALBA ROBLEDO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en Instituto de las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México en 2022

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Alma Rosa Alba Robledo**

Correo electrónico institucional: **aiko.leo.2610@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Instituto Tecnológico de Cómputo e Inglés**

Fecha: **31 de Julio de 2021**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Inea**

Fecha: **30 de Noviembre de 2014**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Arqueles Vela Salvatierra**

Fecha: **31 de Julio de 1978**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Nombre del ente público: **Instituto de las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México**

Calle: **Prolongacion Uxmal**

Área de adscripción: **Módulo de Atención de Cortesía Urbanas Para Personas con Discapacidad Tarjeta Incluyente**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **860 bis**

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

Municipio/Alcaldía: **Benito Juárez**

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

Colonia/Localidad: **Santa Cruz Atoyac**

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

Código postal: **03310**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **10 de Agosto de 2015**

Teléfono de oficina y extensión: **5555591919 - 7180**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 1980**

Fecha de egreso: **1 de Noviembre de 1984**

Área de adscripción / Área: **Ensamblaje**

Sector al que pertenece: **Otro - Industrial**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Secretaria**

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

Fecha de ingreso: **16 de Noviembre de 1990**

Fecha de egreso: **16 de Noviembre de 2004**

Área de adscripción / Área: **Administrativa**

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): **72,426.00**

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): **72,426.00**