

Declaración pública **Declaración de modificación** de **BRISEYDA CARBAJAL CRUZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Briseyda Carbajal Cruz**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Escuela Superior de Medicina ipn**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **26 de Agosto de 2017**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatel**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Salud**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Médico General**

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

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

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

Calle: **av Jalalpa sur esq con Poniente Fortn**

Número interior: **sn**

Número exterior: **sn**

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

Colonia/Localidad: **Jalalpa Tepito**

Código postal: **01296**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 6070**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Área de adscripción / Área: **Médico**

R.F.C. (Si es sector privado): **UNI000221LY7**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

Fecha de ingreso: **9 de Mayo de 2020**

Fecha de egreso: **6 de Noviembre de 2020**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Área de adscripción / Área: **Médico**

R.F.C. (Si es sector privado): **SPM020109CA3**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

Fecha de ingreso: **4 de Diciembre de 2019**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2020**

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): **324,084.00**

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): **324,084.00**