



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ANA KARINA FLORES SOLANO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Centro de Comando, Control, Cómputo, Comunicaciones y Contacto Ciudadano de la Ciudad de México (C5)** en **2022**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **ana Karina Flores Solano**

Correo electrónico institucional: **karyflor96@outlook.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Marzo de 2022**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Centro de Comando, Control, Cómputo, Comunicaciones y Contacto Ciudadano de la Ciudad de México (C5)**

Área de adscripción: **Centro de Comando, Control, Cómputo, Comunicaciones y Contacto Ciudadano de la Ciudad de México (C5)**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Operador (a) Telefónico (a) de los Servicios de Emergencia 911 y Denuncia Anónima 089 Técnico Operador-Pr "C"**.

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **7 de Enero de 2021**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Cecilio Robelo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **3**

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

Colonia/Localidad: **del Parque**

Código postal: **15960**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Farmacia Sustancias Activas**

Fecha de ingreso: **4 de Enero de 2022**

Fecha de egreso: **16 de Mayo de 2022**

Área de adscripción / Área: **Farmacia Sustancias Activas**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Farmacia Genéricos Intercambiables**

Fecha de ingreso: **8 de Marzo de 2021**

Fecha de egreso: **9 de Octubre de 2021**

Área de adscripción / Área: **Farmacia Genéricos Intercambiables**

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

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

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): **121,590.00**

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): **121,590.00**