



Declaración pública **Declaración de modificación** de **FERNANDA SARAHI DE LOS SANTOS CHAVEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en Alcaldía **Álvaro Obregón** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Fernanda Sarahi de los Santos Chavez**

Correo electrónico institucional: **sarahi.24fer@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Tecnico Bachiller en Enefermeria General**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Colegio Nacional de Educacion Profesional Tecnica no. 227**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **16 de Diciembre de 2019**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Prolongacion 5 de Mayo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Álvaro Obregón**

Número interior: **s/n**

Área de adscripción: **Atencion de Calidad a Pacientes por Enfermedad**

Número exterior: **3170**

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

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

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

Colonia/Localidad: **Lomas de Tarango**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Auxiliar de Enfermería**

Código postal: **01620**

Especifique función principal: **Otro - Auxiliar de Enfermería**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **17 de Diciembre de 2020**

Teléfono de oficina y extensión: **5512857108 - 123**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Equipos Medicos Vizcarra sa

Fecha de ingreso: **15 de Noviembre de 2019**

Fecha de egreso: **15 de Julio de 2020**

Área de adscripción / Área: **Tecnico Aplicador**

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

R.F.C. (Si es sector privado): **EMV640304779**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios msb sa de cv

Fecha de ingreso: **17 de Agosto de 2020**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2021**

Área de adscripción / Área: **Terapia Intensiva**

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

R.F.C. (Si es sector privado): **SMS9601092X0**

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): **295,964.00**

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): **295,964.00**