



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ALMA LIDIA VAZQUEZ CERVANTES** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en Alcaldía La Magdalena Contreras en **2022**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Alma Lidia Vazquez Cervantes**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermería y Obstetricia**

Institución educativa: **Instituto Marillac**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **18 de Agosto de 2016**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Alcaldía la Magdalena Contreras**

Área de adscripción: **Enfermería**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Marzo de 2018**

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

Calle: **av. san Jeronimo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **2625**

Municipio/Alcaldía: **la Magdalena Contreras**

Colonia/Localidad: **san Bernabé Ocoatepec**

Código postal: **10300**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7220**

---

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Instituto Marillac**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar de Enfermería**

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2017**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2017**

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:  
**Humanitas Medical Group**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar de Enfermería**

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2017**

Fecha de egreso: **14 de Marzo de 2018**

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): **207,960.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **9,600.00**

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): **9,600.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **PENSION ALIMENTICIA DE INFANTE**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **217,560.00**