



Declaración pública **Declaración inicial** de **ALEJANDRA ALCANTARA MACHUCA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Sistema de Transporte Colectivo, Metro** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Alejandra Alcantara Machuca**

Correo electrónico institucional: **draalealcantaram@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Especialidad en Ortopedia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **28 de Febrero de 2014**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Facultad Mexicana de Medicina la Salle**

Fecha: **19 de Octubre de 2010**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Dirección en Servicios de Salud**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **Universidad Anahuac**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **av Chapultepec**

Nombre del ente público: **Sistema de Transporte Colectivo, Metro**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Gerencia de Salud y Bienestar**

Número exterior: **104**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Roma Norte**

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

Código postal: **06700**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **9 de Enero de 2023** Teléfono de oficina y extensión: **5513087814**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico no Familiar**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2011**

Área de adscripción / Área: **Hospital General Regional 2**

Fecha de egreso: **10 de Febrero de 2023**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)
(Cantidades netas después de impuestos): **11,415.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **21,060.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **21,060.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Sueldos, salarios y asimilados**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **32,475.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**