



Declaración pública **Declaración de modificación** de **CINDY PAULINA FLORES ESPINDOLA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Cindy Paulina Flores Espindola**

Correo electrónico institucional: **N/A**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Cirujana Dentista**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **26 de Mayo de 2005**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Marcos Lopez Jimenez**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud san Andres Xicotencatl**

Número exterior: **sn**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **Santa Martha Acatitla Norte**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Cirujano Dentista Formalizada**

Código postal: **09140**

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

Entidad federativa: **None**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Marzo de 2011** Teléfono de oficina y extensión: **26332092**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Cirujano Dentista**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2016**

Fecha de egreso: **24 de Mayo de 2021**

Área de adscripción / Área: **Hospital Pediatrico san Juan de Aragon**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Cirujano Dentista**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Publica de la Ciudad de Mexico

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 211**

Fecha de egreso: **24 de Mayo de 2021**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud san Andres Xicotencatl**

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): **939,352.00**

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): **939,352.00**