



Declaración pública **Declaración inicial** de **LIZBETH RIVERA GONZALEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Cuauhtémoc** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Lizbeth Rivera Gonzalez**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

No aplica

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Cuauhtémoc**

Área de adscripción: **Policia Auxiliar**

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

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

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

Especifique función principal: **Administración Financiera (Recaudación de Ingresos, Desembolso de Fondos, Presupuesto, Contabilidad)**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2022**

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

Calle: **av Insurgentes Norte**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **202**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Santa María la Ribera**

Código postal: **06400**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **55554757**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Comercializadora Industrial Medico Areda

Área de adscripción / Área: **Operativo Laboratorio Clinico**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Laboratorista Clinico**

Fecha de ingreso: **13 de Enero de 2020**

Fecha de egreso: **1 de Enero de 2022**

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

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): **15,000.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **30,000.00**

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): **30,000.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **LABORATORIO CLINICO**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **45,000.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

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