

Declaración pública **Declaración de modificación** de **CLAUDIA REYES FLORES** en el
puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Claudia Reyes Flores**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Estudios de Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores
Tamaulipas A.C.**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **25 de Agosto de 2019**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Secretaría Corresponsal y Tenencia de Libros**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Escuela Comercial y Administrativa**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **15 de Mayo de 1994**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Estudios de Educación Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Diurna no. 100 Luis de Camoens**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **16 de Junio de 2009**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Carrera: **Estudios de Enseñanza Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Profesor Jacinto n. Chagoya**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **3 de Julio de 1982**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **5 de Febrero**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **s/n**

Área de adscripción: **Jurisdicción Sanitaria Gustavo a Madero**

Número exterior: **12**

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

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

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

Colonia/Localidad: **Villa Gustavo a. Madero**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Apoyo Administrativo en Salud a-6**

Código postal: **07050**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Julio de 1993** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7034**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

No aplica

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): **283,765.00**

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): **283,765.00**