



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ELVIRA VELAZQUEZ DAVALOS** 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): **Elvira Velazquez Davalos**

Correo electrónico institucional: **mivda712@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Psicología**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **22 de Marzo de 1996**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Psicología**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Fecha: **10 de Noviembre de 2011**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud tii Arenal 4a Seccion.Uneme Capa**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Honoraros Asimilables a Salario**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Marzo de 2020**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Cerrada de Rosas Moreno**

Número interior: **sin Numero**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

Colonia/Localidad: **Santiago Ahuizotla**

Código postal: **02750**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5520091530**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Direccion**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Administración de Recursos Humanos**

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

Fecha de ingreso: **16 de Octubre de 2017**

Área de adscripción / Área: **Unidad Especialialidades Medicas Centro de Atencion Primaria a Adicciones Tuxtepec oax**

Fecha de egreso: **28 de Junio de 2019**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Psicologa Clinica**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Uneme Capa Arenal. Centro de Salud tii Arenal 4a. Seccion

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2020**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Arenal 4a Seccion**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2022**

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): **117,736.00**

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): **117,736.00**