

Declaración pública **Declaración de modificación** de **HORTENSIA VAZQUEZ GALICIA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Tlalpan** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Hortensia Vazquez Galicia**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería y Obstetricia**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **29 de Julio de 2016**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Tlalpan**

Área de adscripción: **Hospital**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera Titulada**

Especifique función principal: **Otro - Enfermería General**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 2018**

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

Calle: **av 16 de Septiembre**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Xochimilco**

Colonia/Localidad: **Barrio Xaltocan**

Código postal: **16090**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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

Especifique función principal: **Otro - Enfermería General**

Fecha de ingreso: **16 de Marzo de 2017**

Fecha de egreso: **31 de Agosto de 2017**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Centro Medico abc

Área de adscripción / Área: **Hospital**

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

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

Fecha de ingreso: **11 de Julio de 2016**

Fecha de egreso: **4 de Octubre de 2016**

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

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): **266,471.00**

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): **266,471.00**