



Declaración pública **Declaración de modificación** de **AIDA ROCIO AVILES HERNANDEZ** 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): **Aida Rocio Aviles Hernandez**

Correo electrónico institucional: **aaviles@sersalud.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Diseño Grafico**

Institución educativa: **Icel**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **13 de Mayo de 2019**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Direccion y Control de Negocios**

Institución educativa: **Universidad Icel**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **13 de Mayo de 2019**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Administracion en Recursos Humanos**

Institución educativa: **Universidad Icel**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **13 de Mayo de 2019**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **C.S. t- iii dr. Manuel Pesqueira**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Administrador de Centro de Salud**

Especifique función principal: **Otro - Administrador de Centro de Salud**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Febrero de 2015**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **sur 16 Esquina**

Número interior: **s/n**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Iztacalco**

Colonia/Localidad: **Agrícola Oriental**

Código postal: **08500**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6742**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Administradora**

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

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

Fecha de egreso: **1 de Marzo de 2021**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud t- iii dr. Manuel Pesqueira**

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): **314,332.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **30.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **30.00**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL **BNM840515VB1**

TIPO DE NEGOCIO **UBER**

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): **314,362.00**