

Declaración pública **Declaración de modificación** de **VICTOR SEBASTIAN PONCE ALVAREZ** 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): **Victor Sebastian Ponce Alvarez**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Administracion**

Institución educativa: **Antonio Caso**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **29 de Agosto de 1981**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatat**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Cisnes**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Centro de Salud t ii 13 de Septiembre**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

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

Colonia/Localidad: **los Olivos**

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

Código postal: **13210**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Abril de 2021** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7522**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Administrador del Centro de Salud**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

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

Servicios de Salud Publica en la Cuidad de Mexico

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2017**

Fecha de egreso: **15 de Abril de 2021**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud ti del mar**

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): **344,543.00**

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): **344,543.00**