



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ALMA ROSA TORRES VAZQUEZ** 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): **Alma Rosa Torres Vazquez**

Correo electrónico institucional: **dalmar2010_@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Salud Publica**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **12 de Diciembre de 2019**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciado en Enfermería**

Institución educativa: **Universidad de Guadalajara**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **12 de Septiembre de 2012**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Sistema Educativo Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **17 de Julio de 2009**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Enfermera**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **21 de Abril de 1988**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Corte y Confeccion**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Víctor Hugo 95**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Junio de 1983**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estat**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Heroica Escuela Naval Militar**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Centro de Salud Tiii- san Francisco Culhuacan**

Número exterior: **sin Numero**

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

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

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

Colonia/Localidad: **san Francisco Culhuacán Barrio de san Francisco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera Especialista c**

Código postal: **04260**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Enero de 2000**

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

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estat**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Sistema de Transporte Colectivo-Metro

Fecha de ingreso: **18 de Julio de 1996**

Área de adscripción / Área: **Clinica de Taxqueña**

Fecha de egreso: **15 de Octubre de 1998**

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): **417,823.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **15,736.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **15,736.00**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL **AVON COSMETICS**

TIPO DE NEGOCIO **COMERCIAL**

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): **433,559.00**