

Declaración pública **Declaración de modificación** de **LILIANA HERNANDEZ AGUILAR** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Liliana Hernandez Aguilar**

Correo electrónico institucional: **lilihera2@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Especializacion Salud en el Trabajo**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **fes Zaragoza Campus 2**

Fecha: **6 de Junio de 2015**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Homeopata Cirujano y Partero**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Escuela Libre de Homepatia de Mexico**

Fecha: **15 de Julio de 2008**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **dr Lucio**

Nombre del ente público: **Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Medicina del Trabajo**

Número exterior: **220**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Doctores**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico**

Código postal: **06720**

Especifique función principal: **Otro - Medico**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2021**

Teléfono de oficina y extensión: **5555882208 - 1003**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

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

Fecha de ingreso: **15 de Julio de 2008**

Fecha de egreso: **14 de Octubre de 2013**

Área de adscripción / Área: **Medico**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Policia Auxiliar de la Ciudad de Mexico

Fecha de ingreso: **15 de Octubre de 2013**

Fecha de egreso: **25 de Febrero de 2015**

Área de adscripción / Área: **Reclutamiento y Seleccion de Personal**

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): **140,588.00**

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): **140,588.00**