



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ROSARIO DAFNE LUJAN VELAZQUEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Inclusión y Bienestar Social** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Rosario Dafne Lujan Velazquez**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **lic en Enfermería y Obstetricia**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Instituto Marillac**

Fecha: **9 de Julio de 1997**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatat**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Fernando de Alva Ixtlilxochitl**

Nombre del ente público: **Secretaría de Inclusión y Bienestar Social**

Número interior: **4o Piso**

Área de adscripción: **Dirección General de Derechos Humanos de la Diversidad Sexual**

Número exterior: **185**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Obrera**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Técnico Operador pr a**

Código postal: **06800**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2018**

Teléfono de oficina y extensión: **0000000000 - 0000000000**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Pasante de Enfermeria**

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

Fecha de ingreso: **3 de Febrero de 2015**

Área de adscripción / Área: **Quirofano**

Fecha de egreso: **28 de Marzo de 2016**

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

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): **10,434,297.00**

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): **10,434,297.00**