

Declaración pública **Declaración inicial** de **GRISELDA OJEDA GUZMAN** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Caja de Previsión de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Griselda Ojeda Guzman**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Archivonomía y Biblioteconomía**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **Enba**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

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

Calle: **Diagonal 20 de Noviembre**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Caprepa Direccion de Otorgamiento de Servicios de Salud**

Número exterior: **294**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Obrera**

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

Código postal: **06800**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Especifique función principal: **Otro - Supervisor Administrativo**

Teléfono de oficina y extensión: **5555882208 - 1125**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2013**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Cruz Roja Mexicana Delegacion Valle de Chalco**

Fecha de ingreso: **3 de Septiembre de 2000**

Fecha de egreso: **31 de Octubre de 2004**

Área de adscripción / Área: **Operativa**

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: **Privado**

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

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

Fecha de ingreso: **9 de Enero de 2005**

Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 2005**

Área de adscripción / Área: **Operativa**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **8,000.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **8,000.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**