



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ANA GABRIELA AGUILAR ALVAREZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México** en **2021**

---

## **I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL**

### **Datos generales del declarante**

Nombre(s): **ana Gabriela Aguilar Alvarez**

Correo electrónico institucional: **anna1312@live.com.mx**

### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Investigación Criminal en Ciencias Forenses**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Centro de Estudios Superiores en Ciencias Jurídicas y Criminológicas (Cescijuc)**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **12 de Febrero de 2013**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciada en Medico Cirujano**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Universidad Justo Sierra**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Mayo de 2020**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Inglés**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Interlingua**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **19 de Febrero de 2016**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Radiología e Imagenología Clínica**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Centro de Estudios Neurológicos y Rehabilitación (Cenr)**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **30 de Julio de 2016**

Ubicación: **México**

---

### **Datos del empleo, cargo o comisión**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Judicial**

Nombre del ente público: **Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Centro de Justicia Para la Mujer-Iztapalapa**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Asistente Administrativo g (Medico General)**

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

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

#### **Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Farmacias g.i**

Área de adscripción / Área: **Consultorio**

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

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

Calle: **Calle 20 de Noviembre**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **227 Lote 29**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Iztlahuacán**

Código postal: **09690**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **53455737**

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

Fecha de ingreso: **1 de Diciembre de 2015**

Fecha de egreso: **24 de Abril de 2018**

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): **220,075.00**

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): **220,075.00**