



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LUIS DANIEL AGUIRRE LOPEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en Alcaldía Azcapotzalco en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Luis Daniel Aguirre Lopez**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Atención Medica Prehospitalaria Básica e Intermedia**

Institución educativa: **Instituto Prehomedic**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **13 de Diciembre de 2013**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Veterinario Zootecnista**

Institución educativa: **u. n. a. m. Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán**

Ubicación: **México**

Estatus: **Trunco**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Administración de Recursos Humanos**

Institución educativa: **Colegio de Bachilleres Plantel no. 1**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **20 de Octubre de 2000**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Azcapotzalco**

Área de adscripción: **jud Operaciones y Emergencias**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Técnico en Urgencias Básicas**

Especifique función principal: **Otro - Área de la Salud**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **7 de Enero de 2015** Teléfono de oficina y extensión: **5553525855**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Manuel Salazar**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **10**

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

Colonia/Localidad: **Providencia**

Código postal: **02440**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Operador tum**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Corporativo Hospital Satelite

Fecha de ingreso: **12 de Febrero de 2018**

Fecha de egreso: **30 de Mayo de 2023**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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): **86,536.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **144,000.00**

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): **144,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **otro empleo**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **230,536.00**