



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ELVA REYNOSO GUZMAN** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Elva Reynoso Guzman**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Lic. en Optometría**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **ipn**

Fecha: **30 de Agosto de 1995**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Cecyt #6 Miguel Othón de Mendizabal ipn**

Fecha: **30 de Junio de 1987**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Ing. Juan Guillermo Villasana sep**

Fecha: **30 de Junio de 1984**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Profesor Gonzalo Peña Troncoso sep**

Fecha: **30 de Junio de 1981**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Hospital de Especialidades dr. Belisario Domínguez**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Técnico de Laboratorio de Optoaudiometría**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Marzo de 2005**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Artesanos Ópticos s.a de C.V.**

Área de adscripción / Área: **Refracción y Lentes de Contacto**

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

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

Calle: **av. Tlahuac**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **4866**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **san Lorenzo Tezonco**

Código postal: **09790**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5558500000 - 1233**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Lic. en Optometría**

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 1992**

Fecha de egreso: **15 de Diciembre de 1992**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Ópticas Mirely**

Área de adscripción / Área: **Refracción y Lentes de Contacto**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Lic. en Optometría**

Fecha de ingreso: **15 de Febrero de 1993**

Fecha de egreso: **30 de Marzo de 1996**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Área de adscripción / Área: **Refracción y Lentes de Contacto**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Lic. en Optometría**

Fecha de ingreso: **15 de Abril de 1996**

Fecha de egreso: **21 de Abril de 1998**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Prestaciones Médicas Para Instituciones**

Área de adscripción / Área: **Refracción y Lentes de Contacto**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Lic. en Optometría**

Fecha de ingreso: **8 de Junio de 1998**

Fecha de egreso: **26 de Febrero de 2001**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Ópticas Arista**

Área de adscripción / Área: **Refracción y Lentes de Contacto**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Lic. en Optometría**

Fecha de ingreso: **5 de Marzo de 2001**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2004**

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): **235,945.00**

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): **235,945.00**