



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ROCIO ALEJANDRA MORALES LLANITO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Azcapotzalco** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Rocio Alejandra Morales Llanito**

Correo electrónico institucional: **draalemorales@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Gestión de Instituciones de Salud y Centros Hospitalarios**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Universidad del Valle de México**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Médico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Fecha: **6 de Noviembre de 2014**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatel**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Nextengo y Rosas Moreno**

Nombre del ente público: **Alcaldía Azcapotzalco**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Medica**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

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

Colonia/Localidad: **Santiago Ahuizotla**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General a**

Código postal: **02750**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Octubre de 2019**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6140**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Farmacia de Genericos y Equivalentes

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

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

Fecha de ingreso: **12 de Diciembre de 2014**

Fecha de egreso: **29 de Noviembre de 2016**

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:
Farmacia de Genericos "la Botica"

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Diciembre de 2016**

Fecha de egreso: **16 de Diciembre de 2019**

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:
Eficacia

Área de adscripción / Área: **Operador Telefonico Especializado**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Orientacion Medica Telefonica Imss**

Fecha de ingreso: **22 de Febrero de 2019**

Fecha de egreso: **1 de Octubre de 2019**

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): **2,194,611.00**

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): **2,194,611.00**