



Declaración pública **Declaración de modificación** de **NANCY ARROCENA DE LA CRUZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Agencia de Atención Animal** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Nancy Arrocena de la Cruz**

Correo electrónico institucional: **ceyecynan3@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Institución educativa: **Unidad Académica Enfermería #4**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **25 de Junio de 2005**

Datos del empleo, cargo o comisión

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Agencia de Atención Animal**

Área de adscripción: **Hospital Veterinario de la Ciudad de México**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **1072**

Especifique función principal: **Otro - 01/01/2020**

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

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

Calle: **Carlos I. Gracidas**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Santa Cruz Meyehualco**

Código postal: **09290**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5556939692**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Pediátrico en Izatapalapa

Área de adscripción / Área: **Pediatría**

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

Especifique función principal: **Otro - Operativo**

Fecha de ingreso: **16 de Junio de 2017**

Fecha de egreso: **15 de Marzo de 2018**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Salud

Área de adscripción / Área: **Hospital Pediatrrico**

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

Especifique función principal: **Otro - Operativo**

Fecha de ingreso: **16 de Marzo de 2018**

Fecha de egreso: **1 de Enero de 2021**

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): **120,000.00**

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): **120,000.00**