



Declaración pública **Declaración inicial** de **Alejandro Nolasco Ortiz** 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): **Alejandro Nolasco Ortiz**

Correo electrónico institucional: **alex_cafetero@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Cetis 154**

Ubicación: **México**

Estatus: **Trunco**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Secundaria Técnica 54**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **26 de Julio de 1996**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Mantenimiento**

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

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Operador de Ambulancia**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **17 de Agosto de 2023**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
C.A.V. Ambulancias Aéreas y Terrestres

Área de adscripción / Área: **Salud**

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

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

Calle: **Encinos**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **41**

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

Colonia/Localidad: **Miguel Hidalgo 4a Sección**

Código postal: **14250**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Operador de Ambulancia**

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2022**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 2023**

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

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)
(Cantidades netas después de impuestos): **12,500.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **12,500.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**