



Declaración pública **Declaración de modificación** de **BERENICE KANAREK ALCANTARA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Policia Auxiliar de la Ciudad de México** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Berenice Kanarek Alcantara**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Humanidades**

Institución educativa: **Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **18 de Julio de 2008**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ámbito público: **Judicial**

Nombre del ente público: **Policia Auxiliar de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Sector 54**

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

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

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

Especifique función principal: **Procuración de Justicia (Sentencias, Ministerios Públicos, Fiscales, Policías de Investigación, Auxiliares Ministeriales, Etc.)**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **9 de Julio de 2015**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Área de adscripción / Área: **Operativa**

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

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

Calle: **av. sur de los 100 Metros**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

Colonia/Localidad: **Magdalena de las Salinas**

Código postal: **07760**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5526148612**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Empleadode Farmacia**

Fecha de ingreso: **13 de Marzo de 2014**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2015**

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: **Hospital Privado de Ecatepec**

Área de adscripción / Área: **Ventas**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Empleada Farmacia**

Fecha de ingreso: **11 de Octubre de 2012**

Fecha de egreso: **8 de Noviembre de 2013**

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): **138,200.00**

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): **138,200.00**