Declaracion pública **Declaración de modificación** de **ANA SOFIA GALAN VALDEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Seguridad Ciudadana** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **ana Sofia Galan Valdez**

Correo electrónico institucional: **galansofi2@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Técnica en Informatica**

Institución educativa: **Centro de Estudios de Bachillerato "Jaime Torres Bodet"**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **17 de Julio de 2009**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Derecho**

Institución educativa: **Universidad de la Policía de la Ciudad de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Cursando**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Judicial**

Nombre del ente público: **Secretaría de Seguridad Ciudadana**

Área de adscripción: **Subsecretaria de Operación Policial**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Docencia**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Diciembre de 2017**

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

Calle: **Calz. Desierto de los Leones**

Número interior: **sin Numero**

Número exterior: **5715**

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

Colonia/Localidad: **Olivar de los Padres**

Código postal: **01780**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **54902916 - 2916**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Área de adscripción / Área: **Farmacéutica**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **sub Encargada de Sucursal**

Fecha de ingreso: **5 de Octubre de 2014**

Fecha de egreso: **15 de Abril de 2017**

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): **204,287.00**

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): **204,287.00**