



Declaración pública **Declaración inicial** de **DAFNE MONSERRAT GONZALEZ ALTAMIRANO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Dafne Monserrat Gonzalez Altamirano**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermería y Obstetricia**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional- Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **17 de Noviembre de 2016**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Norte 82b**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **c.s T-I Gertrudis Sanchez**

Número exterior: **6205**

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

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

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

Colonia/Localidad: **Gertrudis Sánchez 2a Sección**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera General Tipo a**

Código postal: **07839**

Especifique función principal: **Otro - Atencion a Pacientes Covid**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Agosto de 2020**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7067**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Star Medica Centro**

Fecha de ingreso: **20 de Febrero de 2018**

Fecha de egreso: **15 de Abril de 2019**

Área de adscripción / Área: **Urgencias**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

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

Fecha de ingreso: **20 de Noviembre de 2017**

Fecha de egreso: **4 de Diciembre de 2017**

Área de adscripción / Área: **Quirofano**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

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

Fecha de ingreso: **9 de Mayo de 2016**

Fecha de egreso: **3 de Noviembre de 2016**

Área de adscripción / Área: **Quirofanos**

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

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

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): **19,074.00**

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): **19,074.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

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