

Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA DEL CARMEN BAZAN ROJAS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Policia Auxiliar de la Ciudad de México** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Maria del Carmen Bazan Rojas**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Odontología**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **11 de Mayo de 2019**

Datos del empleo, cargo o comisión

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Policia Auxiliar**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Vigilar Cuidar**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **10 de Diciembre de 2010**

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

Calle: **Lerdo y Moctezuma**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **8**

Municipio/Alcaldía: **(Ninguno)**

Colonia/Localidad: **(Ninguno)**

Código postal: **(Ninguno)**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **53230283**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Consultorio Dental

Área de adscripción / Área: **Area de la Salud**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Asistente Dental**

Fecha de ingreso: **8 de Enero de 2007**

Fecha de egreso: **25 de Mayo de 2008**

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:
Consultorio Dental

Área de adscripción / Área: **Area de la Salud**

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

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

Fecha de ingreso: **15 de Junio de 2008**

Fecha de egreso: **5 de Octubre de 2010**

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): **80,000.00**

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): **80,000.00**