

Declaración pública **Declaración de modificación** de **JOCELYN PATRICIA CORDERO AVALOS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Centro de Comando, Control, Cómputo, Comunicaciones y Contacto Ciudadano de la Ciudad de México (C5)** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jocelyn Patricia Cordero Avalos**

Correo electrónico institucional: **jocelynavalos93@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Psicología**

Institución educativa: **Univdep**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **8 de Septiembre de 2017**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Centro de Comando, Control, Cómputo, Comunicaciones y Contacto Ciudadano de la Ciudad de México (C5)**

Área de adscripción: **Dirección Central de Captación de Reportes de Emergencia y Denuncia y Denuncia**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Estabilidad Laboral Nomina 8**

Especifique función principal: **Otro - Operador Telefonico de los Servicios 911 y 089**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Diciembre de 2019**

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

Calle: **Cecilio Robelo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **3**

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

Colonia/Localidad: **del Parque**

Código postal: **15960**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550363000 - 16309**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Centro Médico Dalinde**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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

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

Fecha de ingreso: **14 de Octubre de 2014**

Fecha de egreso: **8 de Noviembre 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): **130,885.00**

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): **130,885.00**