



Declaración pública **Declaración inicial** de **MARIA INES NARANJO CRUZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Tlalpan** en **2024**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **María Ines Naranjo Cruz**

Correo electrónico institucional: **nechi.plan@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Auxiliar Contable**

Institución educativa: **Conale. Magdalena Contreras**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **10 de Enero de 1992**

---

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Auxiliar Contable**

Institución educativa: **Conale. Magdalena Contreras**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **10 de Enero de 1992**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Tlalpan**

Área de adscripción: **Subdirección de Servicios de Atención a la Salud**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Promotora de la Salud**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Noviembre de 2013**

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

Calle: **Coscomate**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **90**

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

Colonia/Localidad: **Toriello Guerra**

Código postal: **14050**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Gobierno Municipal/Alcaldía**

Área de adscripción / Área: **Subdirección de Servicios de Salud**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Promotora de la Salud**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2015**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 2024**

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): **35,989.00**

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): **35,989.00**

**¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?**

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