



Declaración pública **Declaración de modificación** de **DANIELA ALEJANDRA TORRES GARCIA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Daniela Alejandra Torres Garcia**

Correo electrónico institucional: **daniela_torres@fgjcdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medicina**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **3 de Mayo de 2007**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatat**

Ambito público: **Judicial**

Nombre del ente público: **Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Especialidades Medicas e Identificacion**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General**

Especifique función principal: **Procuración de Justicia (Sentencias, Ministerios Públicos, Fiscales, Policías de Investigación, Auxiliares Ministeriales, Etc.)**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Octubre de 2023**

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

Calle: **Avenida Toluca**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **10**

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

Colonia/Localidad: **Progreso Tizapan**

Código postal: **01080**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Clinica de Colposcopia Fundación Cruz Talonia**

Área de adscripción / Área: **Medicina**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Colposcopista**

Fecha de ingreso: **1 de Septiembre de 2021**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2024**

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): **28,000.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **5,000.00**

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): **3,000.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **CONSULTA MEDICA**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **0.00**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **2,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **consulta medica**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **33,000.00**