

Declaración pública **Declaración de modificación** de **NAYELI BLANCA FLORES ALQUICIRA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Nayeli Blanca Flores Alquicira**

Correo electrónico institucional: **neli_131@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Tecnico Bachiller en Informatica**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Conalep Tlalpan i**

Fecha: **15 de Agosto de 2008**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Psicologia**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Instituto Mexicano de Psicooncologia**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Nueva Carretera Xochimilco Tulyehualco**

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

Número interior: **sn**

Área de adscripción: **Servicios de Salud Publica de la Ciudad de Mexico**

Número exterior: **3**

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

Municipio/Alcaldía: **Xochimilco**

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

Colonia/Localidad: **Santa María Nativitas**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Apoyo Administrativo Experto en Salud c**

Código postal: **16450**

Especifique función principal: **Otro - Administrativo Programa de Salud Escolar**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7831**

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

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Regimen de Proteccion Social en Salud

Área de adscripción / Área: **Afiliación Repss**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Apoyo Administrativo Experto en Salud a**

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

Fecha de ingreso: **15 de Marzo de 2013**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2019**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Electoral de la Ciudad de Mexico

Área de adscripción / Área: **Coordinacion Distrital**

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **2 de Febrero de 2008**

Fecha de egreso: **10 de Julio de 2009**

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): **129,803.00**

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): **129,803.00**