



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ROCIO BERENICE ALVAREZ GOMEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Inclusión y Bienestar Social** en 2024

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Rocio Berenice Alvarez Gomez**

Correo electrónico institucional: **robealgo22@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Tanatologia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Mexicano de Psicooncologia**

Fecha: **12 de Agosto de 2013**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **5 de Julio de 2006**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Fernando de Alva Ixtlixochitl**

Nombre del ente público: **Secretaría de Inclusión y Bienestar Social**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Instituto Para el Envejecimiento Digno**

Número exterior: **185**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Tránsito**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General de Visitas Domiciliarias**

Código postal: **06820**

Especifique función principal: **Otro - Visitas Medicas Domiciliarias**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2015**

Teléfono de oficina y extensión: **5546153887**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Generla "a" Eventual**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Visitas Medicas Domiciliaria a Personas Mayores**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaria de Salud

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2007**

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria no 9 Iztapalapa**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2008**

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): **540,576.00**

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): **540,576.00**