

Declaración pública **Declaración de conclusión** de **ALEXIS ANTONIO DE LOS SANTOS CUPIDO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en Alcaldía Azcapotzalco en 2024

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Alexis Antonio de los Santos Cupido**

Correo electrónico institucional: **aadc210395@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Enfermería en Urgencias**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Universidad Pablo Guardado Chavez**

Fecha: **18 de Octubre de 2023**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto de Estudios Superiores "Sor Juana Ines de la Cruz", Plantel Reforma**

Fecha: **6 de Marzo de 2022**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Educacion Nivel Media Superior**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Colegio de Bachilleres de Tabasco**

Fecha: **27 de Junio de 2013**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Aztlan**

Nombre del ente público: **Alcaldía Azcapotzalco**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Centro de Salud T-LI el Arenal**

Número exterior: **77**

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

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

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

Colonia/Localidad: **la Raza**

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

Código postal: **02990**

Especifique función principal: **Otro - Personal de Salud**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 2023** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6110**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud T-LI el Arenal**

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

Especifique función principal: **Otro - Personal de Salud**

Fecha de ingreso: **16 de Junio de 2021**

Fecha de egreso: **13 de Mayo de 2024**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Unidad Temporal Covid-19**

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

Especifique función principal: **Otro - Personal de Salud**

Fecha de ingreso: **16 de Enero de 2021**

Fecha de egreso: **15 de Junio de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Clínica Interinstitucional de Atención Respiratoria Covid-19

Área de adscripción / Área: **Clínica Interinstitucional de Atención Respiratoria Covid-19**

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

Especifique función principal: **Otro - Personal de Salud**

Fecha de ingreso: **15 de Julio de 2020**

Fecha de egreso: **15 de Diciembre de 2020**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Empresa Simatech del sur

Área de adscripción / Área: **Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud**

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

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

Fecha de ingreso: **2 de Marzo de 2020**

Fecha de egreso: **7 de Diciembre de 2020**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Clinica Santa fe

Área de adscripción / Área: **Clinica Santa fe**

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

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

Fecha de ingreso: **3 de Febrero de 2020**

Fecha de egreso: **1 de Junio de 2020**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante, pareja y/o dependientes económicos

I - Remuneración neta del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **289,722.00**

II - Otros ingresos 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 del declarante del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión (suma del numeral I y II): **289,722.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **Si**

Fecha de inicio: **(Ninguno)**

Fecha de salida: **(Ninguno)**

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): **(Ninguno)**

II - Otros ingresos del declarante (Suma del II.1 al II.5): **(Ninguno)**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.2 - Por actividad financiera (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **(Ninguno)**

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

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

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