

Declaración de modificación patrimonial

eeb29c4a-09b3-49fb-b040-be9b032f7347

Fecha de declaración: Lun 04 May 2026
Fecha de recepción: Lun 04 May 2026
Estatus: Ordinaria

Declarante: GOMEZ ALVAREZ NAYELI ITSEL

01.- DECLARACIÓN PATRIMONIAL

1. DATOS GENERALES

Nombre **NAYELI ITSEL**
Primer apellido **GOMEZ**
Segundo apellido **ALVAREZ**
CURP **[REDACTED]**
RFC con homoclave **[REDACTED]**
Correo electrónico personal **declavalle2021@gmail.com**
Correo electrónico institucional * **[REDACTED]**
Teléfono particular **[REDACTED]**
Teléfono celular **[REDACTED]**
Estado civil o situación personal **[REDACTED]**
Régimen Matrimonial **[REDACTED]**
País de nacimiento **[REDACTED]**
Nacionalidad(es) **[REDACTED]**
Observaciones y comentarios

2. DOMICILIO DEL DECLARANTE

País **[REDACTED]**
Calle **[REDACTED]**
Número exterior **[REDACTED]**
Número interior **[REDACTED]**
Colonia **[REDACTED]**
Entidad federativa **[REDACTED]**
Municipio **[REDACTED]**
Código postal **[REDACTED]**

3. DATOS CURRICULARES DEL DECLARANTE

DATO CURRICULAR 1
Tipo operación **Agregar**
Nivel **CARRERA TÉCNICA O COMERCIAL**
Institución educativa **COLEGIADO DE PROTECCION CIVIL Y BOMBEROS**
Carrera o área de conocimiento **ATENCION PREHOSPITALARIA**
Estatus **FINALIZADO**
Documento obtenido
Fecha de obtención del documento **15/08/2019**

País de la inscituación educativa **México**
Observaciones y comentarios **[REDACTED]**

DATO CURRICULAR 2
Tipo operación **Agregar**
Nivel **LICENCIATURA**
Institución educativa **CENTRO UNIVERSITARIO DEL SUR**
Carrera o área de conocimiento **LICENCIATURA EN ENFERMERIA**
Estatus **FINALIZADO**
Documento obtenido
Fecha de obtención del documento **27/03/2026**

País de la inscituación educativa **México**
Observaciones y comentarios **[REDACTED]**

4. DATOS DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN QUE MODIFICA

Nivel/orden de gobierno **Municipal alcaldía**
Ámbito público * **Organo autonomo**
Nombre del ente público **Ente público default**
Área de adscripción **21 VEINTIUNO - PROTECCIÓN CIVIL**
Empleo, cargo o comisión **AUXILIAR DE PROTECCIÓN CIVIL**
Nivel del empleo cargo o comisión
Contrato por honorarios **No**
Funcion principales **Atención directa al público**
Fecha de toma de posesión/conclusión **16/10/2024**
Teléfono laboral **3477140040**
Observaciones y comentarios **[REDACTED]**

Domicilio del empleo que MODIFICA

Código postal **47380**
País **México**
Entidad federativa **Jalisco**
Municipio **Valle de Guadalupe**
Colonia **SAN JUAN BOSCO**
Calle **RAFAEL PEREZ ESQUINA SECUNDINO GONZALEZ**
Número exterior **S/N**
Número interior

5. EXPERIENCIA LABORAL(ÚLTIMOS 5 EMPLEOS)

EXPERIENCIA LABORAL 1

Ámbito/Sector en el que laboraste **Público**
Nivel/orden de gobierno **Municipal alcaldia**
Ámbito público **Organo autonomo**
Nombre de la institución **PROTECCION CIVIL DE CAÑADAS DE OBREGON**
RFC de la institución **X**
Sector/industria **Servicios de salud**
Cargo/puesto **PARAMEDICO**
Fecha de ingreso **15/02/2024**
Fecha de salida **15/10/2024**
Funciones principales **Atención directa al público**
País **México**
Observaciones y comentarios

EXPERIENCIA LABORAL 3

Ámbito/Sector en el que laboraste **Público**
Nivel/orden de gobierno **Municipal alcaldia**
Ámbito público **Organo autonomo**
Nombre de la institución **H. AYUNTAMIENTO DE VALLE DE GUADALUPE**
RFC de la institución **MVG850101VR6**
Sector/industria **Servicios de salud**
Cargo/puesto **PARAMEDICO**
Fecha de ingreso **03/01/2020**
Fecha de salida **16/10/2020**
Funciones principales **Atención directa al público**
País **México**
Observaciones y comentarios

EXPERIENCIA LABORAL 2

Ámbito/Sector en el que laboraste **Público**
Nivel/orden de gobierno **Federal**
Ámbito público **Organo autonomo**
Nombre de la institución **CRUZ ROJA VALLE DE GUADALUPE**
RFC de la institución **X**
Sector/industria **Servicios de salud**
Cargo/puesto **PARAMEDICO**
Fecha de ingreso **15/10/2021**
Fecha de salida **20/02/2024**
Funciones principales **Atención directa al público**
País **México**
Observaciones y comentarios

EXPERIENCIA LABORAL 4

Ámbito/Sector en el que laboraste **Público**
Nivel/orden de gobierno **Municipal alcaldia**
Ámbito público **Ejecutivo**
Nombre de la institución **H AYUNTAMIENTO DE CAÑADAS DE OBREGON**
RFC de la institución **XX**
Sector/industria **Servicios de salud**
Cargo/puesto **PARAMEDICO**
Fecha de ingreso **10/09/2025**
Fecha de salida **10/09/2025**
Funciones principales **Atención directa al público**
País **México**
Observaciones y comentarios

6. INGRESOS NETOS DEL DECLARANTE, PAREJA Y/O DEPENDIENTES ECONÓMICOS(ENTRE EL 1 DE ENERO Y 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR)

I.- Remuneración anual neta del declarante por su cargo público (por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y prestaciones)(cantidades netas después de impuestos) \$ 133,608	Moneda del ingreso por cargo público del declarante Peso mexicano
II.- Otros ingresos del declarante (suma del II.1 al II.4) \$ 40,000	Moneda de otros ingresos Peso mexicano
II.1.- Remuneración anual por actividad industrial, comercial y/o empresarial (después de impuestos)	
II.2.- Remuneración anual por actividad financiera (rendimientos o ganancias) (después de impuestos)	
II.3.- Remuneración anual por servicios profesionales, consejos, consultorías y/o asesorías (después de impuestos)	
Monto: \$ 40,000	Moneda: Peso mexicano
Tipo de servicio: _____	
II.4.- Otros ingresos no considerados a los anteriores (después de impuestos)	
A.- Ingreso anual NETO del declarante (SUMA DEL NUMERAL I y II) \$ 173,608	Moneda de ingreso NETO del declarante Peso mexicano
B.- Ingreso anual NETO de la pareja y/o dependientes económicos (después de impuestos) 	Moneda de ingreso NETO de la pareja
C.- TOTAL de ingresos anuales NETOS percibidos por el declarante, pareja y/o dependientes económicos (suma de los apartados A y B) \$ 173,608	Moneda de ingreso NETO de la total Peso mexicano
Aclaraciones / observaciones 	