

Declaración pública **Declaración de modificación** de **LUIS MANUEL JIMENEZ MUNGUÍA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2021

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Luis Manuel Jimenez Munguia**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestria en Administracion en Salud**

Institución educativa: **ula**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **11 de Mayo de 2016**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Salud**

Área de adscripción: **Direccion de Servicios Medico Legales y en Reclusorios**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Director**

Especifique función principal: **Otro - Director**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 2010**

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

Calle: **Avenida Insurgentes**

Número interior: **20**

Número exterior: **423**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Código postal: **06900**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5551321200 - 1331**

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: **Secretaría de Salud**

Área de adscripción / Área: **Direccion de Servicios Medicos Legales y en Reclusorios**

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

Especifique función principal: **Otro - Medico General**

Fecha de ingreso: **17 de Septiembre de 2007**

Fecha de egreso: **15 de Septiembre de 2011**

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: **Secretaría de Salud**

Área de adscripción / Área: **Direccion de Servicios Medicos Legales y en Centros de Readaptación Social**

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

Especifique función principal: **Otro - Director**

Fecha de ingreso: **16 de Septiembre de 2011**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2020**

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): **664,753.00**

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): **664,753.00**