



Declaración pública **Declaración de modificación** de **jose alfredo MIRANDA acevedo** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2025**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jose Alfredo Miranda Acevedo**

Correo electrónico institucional: **jose.al.miranda.acevedo.rpsdf@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Computacion**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Centro Educativo Cuautitlan Izcalli**

Fecha: **10 de Agosto de 2007**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Nivel Basico**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Jose Maria Liceaga**

Fecha: **15 de Julio de 1993**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Guatemala**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Clinica de Especialidades no. 2**

Número exterior: **78**

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

Municipio/Alcaldía: **Cauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Centro (Área 3)**

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

Código postal: **06020**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6465**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

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

Fecha de ingreso: **2 de Agosto de 2016**

**Regimen de Proteccion Social en Salud del df**

Fecha de egreso: **1 de Enero de 2020**

Área de adscripción / Área: **Secretaria de Salud**

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): **139,800.00**

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): **139,800.00**