



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LUIS EDUARDO JIMENEZ HERNANDEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

---

## **I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL**

### **Datos generales del declarante**

Nombre(s): **Luis Eduardo Jimenez Hernandez**

Correo electrónico institucional: **luiguijimenez130413@gmail.com**

### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Trabajo Social**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Primaria Estado de Michoacan**

Fecha: **14 de Agosto de 1992**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Trabajo Social**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Diurna Ezequiel a. Chavez**

Fecha: **14 de Julio de 1995**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Trabajo Social**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Conalep Venustiano Carranza i**

Fecha: **21 de Agosto de 1998**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Trabajo Social**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicio No51**

Fecha: **24 de Agosto de 2012**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Trabajo Social**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Centro de Estudios Tecnicos y Superiores Bauhaus**

Fecha: **25 de Julio de 2014**

Ubicación: **México**

---

### **Datos del empleo, cargo o comisión**

Nivel / Orden de gobierno: **Estat**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Centro de Salud T-ii Nueva Atzacocalco**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Profesional en Trabajo Social en Área Médica**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Noviembre de 2004**

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

Calle: **av. 310 Esq. 317**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sn**

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

Colonia/Localidad: **Nueva Atzacocalco**

Código postal: **07420**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7107**

#### **Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

No aplica

#### **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): **194,400.00**

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): **194,400.00**