

Declaración pública **Declaración de modificación** de **JOSE URIEL PEREZ ZENTENO** 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): **Jose Uriel Perez Zenteno**

Correo electrónico institucional: **juperez@sersalud.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestria en Administración de Hospitales y Salud Pública**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **16 de Abril de 2015**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Carlos a Vidal Esq. Andres Quintana roo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**Número interior: **no Aplica**

Área de adscripción: **Centro de Salud T-II san Juan Ixtayopan**

Número exterior: **sin Numero**

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

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

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

Colonia/Localidad: **san Francisco Tlaltemco**

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

Código postal: **13400**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **3 de Mayo de 2011** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7506**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Epidemiologo del Centro de Salud T-II san Juan Ixtayopan**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Servicios de Salud Pública del Distrito Federal**

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2008**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2011**

Área de adscripción / Área: **Direccion de Atención Médica**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico de Atencion Domiciliaria**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Servicios de Salud Pública del Distrito Federal**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2008**

Fecha de egreso: **31 de Octubre de 2008**

Área de adscripción / Área: **Direccion de Atención Médica**

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): **298,073.00**

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): **298,073.00**