

Declaración pública **Declaración de modificación** de **JAIME LEONARDO PEREZ ESPINOSA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Gustavo A. Madero** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jaime Leonardo Perez Espinosa**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Médico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad Anáhuac México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Julio de 2020**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Gustavo a. Madero**

Área de adscripción: **cst -Iii Palmatitla**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Médico General a**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2021**

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

Calle: **Ruben Lenero**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **n/a**

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

Colonia/Localidad: **Palmatitla**

Código postal: **07170**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Suboficial Médico Evaluador**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

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

Fecha de ingreso: **16 de Diciembre de 2020**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2021**

Área de adscripción / Área: **Centro de Evaluación y Control de Confianza**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

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

Fecha de ingreso: **13 de Julio de 2020**

Fecha de egreso: **15 de Diciembre de 2020**

Área de adscripción / Área: **Consultorio Privado**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

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

Fecha de ingreso: **3 de Agosto de 2020**

Fecha de egreso: **15 de Diciembre de 2020**

Área de adscripción / Área: **Consultorio Privado**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

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): **298,375.00**

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): **298,375.00**