



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JISELE MORENO MONTOYA** 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): **Jisele Moreno Montoya**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería y Obstetricia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Escuela Nacional de Enfermería y Osbtetricia Unam**

Fecha: **26 de Abril de 2012**

Ubicación: **México**

---

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Francisco Diaz Covarrubias**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Clínica de Especialidades no. 4**

Número exterior: **23**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **san Rafael**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera General Titulada "c"**

Código postal: **06470**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

Teléfono de oficina y extensión: **5558301700 - 6478**

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

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Personal Operativo**

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

Fecha de ingreso: **2 de Febrero de 1998**

Fecha de egreso: **7 de Septiembre de 2001**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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: **Personal Operativo**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Sociedad de Beneficencia Española**

Fecha de ingreso: **16 de Junio de 2001**

Fecha de egreso: **19 de Junio de 2007**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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: **Público**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera Especialista**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Hospital General Enrique Cabrera**

Fecha de ingreso: **16 de Junio de 2007**

Fecha de egreso: **15 de Octubre de 2010**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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): **126,530.00**

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): **126,530.00**