



Declaración pública **Declaración de modificación** de **CLAUDIA NORA JORDAN HERNANDEZ** en el puesto **ENLACE "B" U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en 2022

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Claudia Nora Jordan Hernandez**

Correo electrónico institucional: **cnhospital@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Administracion**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Universidad Autonoma Metropolitana Plantel Iztapalapa**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Septiembre de 1997**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Administracion**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Universidad Autonoma Metropolitana Plantel Iztapalapa**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Fecha: **30 de Septiembre de 1997**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **av. Insurgentes Norte**

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

Número interior: **Piso 5**

Área de adscripción: **Direccion de Epidemiologia y Medicina Preventiva**

Número exterior: **423**

Empleo, cargo o comisión: **Enlace "b" u Homologo (a)**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **cf 4000 2 Soporte Administrativo c**

Código postal: **06900**

Especifique función principal: **Otro - Soporte Administrativo c**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2019**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 1055**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Publica Cdmx

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Magdalena Contreras**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirector de Area a**

Especifique función principal: **Otro - Subdireccion de Administracion**

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2016**

Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 2019**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Publica Cdmx

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Milpa Alta**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirector de Area a**

Especifique función principal: **Otro - Subdireccion de Administracion**

Fecha de ingreso: **1 de Diciembre de 2008**

Fecha de egreso: **31 de Julio de 2016**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Hospital de Especialidades "Dr. Belisario Dominguez"**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirector de Area a**

Especifique función principal: **Otro - Subdirectora Administrativa**

Fecha de ingreso: **16 de Mayo de 2008**

Fecha de egreso: **30 de Noviembre de 2008**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Hospital General Iztapalapa "Dr. Juan Ramon de la Fuente"**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirector de Area a**

Especifique función principal: **Otro - Subdirectora Administrativa**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2007**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 2008**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Hospital Pediatrico Legaria**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Unidad Departamental**

Especifique función principal: **Otro - Jefe de Unidad Departamental Administrativa**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2006**

Fecha de egreso: **31 de Marzo de 2007**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Hospital General Balbuena**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Secretaria de Subdirector de Area**

Especifique función principal: **Otro - Administrativa**

Fecha de ingreso: **16 de Junio de 1987**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2006**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante, pareja y/o dependientes económicos

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): **568,512.00**

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): **568,512.00**

Bienes inmuebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Bienes muebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Vehículos

Todos los datos de vehículos declarados a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos

Todos los datos de las inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Adeudos / Pasivos

Todos los datos de los adeudos / pasivos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos

No aplica

Préstamo o comodato por terceros

No aplica

II. DECLARACIÓN DE INTERESES

Participación en empresas, sociedades o asociaciones (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en empresas, sociedades o asociaciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

¿Participa en la toma de decisiones de alguna de estas instituciones? (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en alguna de estas instituciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Apoyos o beneficios públicos (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Representación (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de representación de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Clientes principales (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de clientes principales de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Beneficios privados (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Participación en Fideicomisos (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de participación en fideicomisos de pareja o dependiente economico no serán públicos.

No aplica