



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JETZAEI FELIPE ONTIVEROS GOMEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2022

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jetzael Felipe Ontiveros Gomez**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Pediatría**

Institución educativa: **Universidad Autonoma del Estado de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **13 de Febrero de 2017**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Salud**

Área de adscripción: **Pediatría**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Mayo de 2017** Teléfono de oficina y extensión: **5526033445**

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

Calle: **Avenina 506**

Número interior: **s/n**

Número exterior: **s/n**

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

Colonia/Localidad: **san Juan de Aragón ii Sección**

Código postal: **07969**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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:
Issemym

Área de adscripción / Área: **Pediatría**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2019**

Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 2020**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto de Salud del Estado de Mexico

Área de adscripción / Área: **Pediatría**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico**

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

Fecha de ingreso: **16 de Octubre de 2020**

Fecha de egreso: **31 de Marzo de 2022**

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): **259,200.00**

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): **259,200.00**