



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JONATHAN AZRAEL MORAN HERNANDEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jonathan Azrael Moran Hernandez**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Homeopata**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **2 de Diciembre de 2010**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Terapéutica Homeopática**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **4 de Julio de 2013**

Datos del empleo, cargo o comisión

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Clinica de Especialidades no 4**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Atención Medica**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2016**

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

Calle: **Francisco Diaz Covarrubias**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **23**

Municipio/Alcaldía: **Cauhtémoc**

Colonia/Localidad: **san Rafael**

Código postal: **06470**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6491**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

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

Área de adscripción / Área: **Clinica de Especialidades n°4 - Cemi**

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

Especifique función principal: **Otro - Atención Medica**

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2016**

Fecha de egreso: **22 de Mayo de 2021**

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): **397,562.00**

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): **397,562.00**