



Declaración pública **Declaración de modificación** de **YESICA ESPINOSA PERRUSQUIA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

---

#### **I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL**

##### **Datos generales del declarante**

Nombre(s): **Yesica Espinosa Perrusquia**

Correo electrónico institucional: **yespir\_83@hotmail.com**

##### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **18 de Marzo de 2010**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Preparatoria**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Preparatoria N0.8 Miguel e. Schultz**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **18 de Julio de 2003**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Republica del Perú n0. 91**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **14 de Julio de 2000**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Primaria**

Carrera: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Carmen Domínguez Aguirre**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **11 de Julio de 1997**

Ubicación: **México**

---

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud**

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

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

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

Especifique función principal: **Otro - Medico General Tipo a**

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

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

Calle: **Avenida ojo de Agua**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **1**

Municipio/Alcaldía: **la Magdalena Contreras**

Colonia/Localidad: **Huayatla**

Código postal: **10360**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5556673803**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Farmacia san Pablo**

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

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

Fecha de ingreso: **14 de Enero de 2019**

Fecha de egreso: **14 de Septiembre de 2020**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Unidades de Salud de Diagnostico Oportuno Unidad Candelaria**

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

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

Fecha de ingreso: **12 de Junio de 2017**

Fecha de egreso: **13 de Octubre de 2017**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Instituto Mexicano del Seguro Social**

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

Especifique función principal: **Otro - Consulta Medica General**

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2010**

Fecha de egreso: **27 de Diciembre de 2013**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Clínica Madre Teresa Dueñas**

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

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

Fecha de ingreso: **5 de Julio de 2010**

Fecha de egreso: **25 de Febrero de 2011**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Asistente Medico en el Área de Genética Clínica**

Fecha de ingreso: **15 de Febrero de 2010**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2010**

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

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): **206,000.00**

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): **206,000.00**