



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JULIO LEONARDO HERNANDEZ VALENCIA** en el puesto **OPERATIVO 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): **Julio Leonardo Hernandez Valencia**

Correo electrónico institucional: **jihv34@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

No aplica

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Avenida Gaston Melo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

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

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Milpa Alta**

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

Colonia/Localidad: **Tenantitla**

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

Código postal: **12100**

Especifique función principal: **Otro - Responsable de Programa tb, Rabia,**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Mayo de 2007** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7408**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Especifique función principal: **Otro - Responsable de los Programas de tb, Rabia, its Etc.**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Jurisdiccion Sanitaria de Milpa Alta

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2007**

Área de adscripción / Área: **Departamento de Epidemiologia**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Coordinador Regional**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Especifique función principal: **Administración de Recursos Humanos**

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

Fecha de ingreso: **15 de Marzo de 2004**

Área de adscripción / Área: **Promocion Salud**

Fecha de egreso: **29 de Junio de 2007**

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): **421,167.00**

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): **421,167.00**