



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA MAGDALENA VALDES JIMENEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **María Magdalena Valdes Jimenez**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Enfermería**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Escuela de Enfermería de los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **9 de Noviembre de 1995**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Diurna no. 85 "Republica de Francia"**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **3 de Septiembre de 1973**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Escuela Primaria "Arquitecto Manuel Tolsa"**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Junio de 1970**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Diplomado de Enfermería en Atención Primaria a la Salud**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **17 de Diciembre de 1993**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Manejo de Conflictos Atravez de la Inteligenci Emocional**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Centro de Entrenamiento Especializado en Medicina de Emergencia**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **21 de Noviembre de 2020**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital General "la Villa"**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **601**

Especifique función principal: **Otro - Resguardar la Salud**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 1979**

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

Calle: **Calz. san Juan de Aragon**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **285**

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

Colonia/Localidad: **Granjas Modernas**

Código postal: **07460**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5555778867**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

No aplica

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): **296,970.00**

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): **296,970.00**