

Declaración pública **Declaración de modificación** de **FELIPE DE JESUS MARTINEZ MARTINEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2022

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Felipe de Jesus Martinez Martinez**

Correo electrónico institucional: **martinezmartinezfj1964@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Médico Cirujano y Partero**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Benemerita Universidad Autónoma de Puebla**

Fecha: **1 de Julio de 1993**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Cirugía General**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Issste**

Fecha: **28 de Febrero de 1995**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Endoscopia Gastrointestinal**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Issste**

Fecha: **28 de Febrero de 1996**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Plan de san Luis y Prolongacion Salvador Diaz Miron**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital General Ruben Leñero**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

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

Colonia/Localidad: **Santo Tomas**

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

Código postal: **11340**

Especifique función principal: **Otro - Endoscopista**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Febrero de 1998**

Teléfono de oficina y extensión: **5553412601 - 000**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Especialista "c"**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Endoscopista**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Gobierno de la Ciudad de Mexico

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 1998**

Fecha de egreso: **20 de Septiembre de 2006**

Área de adscripción / Área: **Hospital General Ruben Leñero**

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): **601,694.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **193,237.00**

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): **193,237.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **SERVICIOS PROFESIONALES**

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): **794,931.00**