



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ENEIDA ALETHIA MANZANO JIMENEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Eneida Alethia Manzano Jimenez**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Nutrición**

Institución educativa: **Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Unidad Milpa Alta**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **14 de Septiembre de 2006**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **cs. T-llii dr. Gaston Melo**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Promotor de Salud**

Especifique función principal: **Otro - Promotor de Salud**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Octubre de 2017**

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

Calle: **Gaston Melo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sn**

Municipio/Alcaldía: **Milpa Alta**

Colonia/Localidad: **Tenantitla**

Código postal: **12100**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 7417**

---

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Hospital Materno Pediátrico Xochimilco**

Área de adscripción / Área: **Dietología**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Promotor de Salud**

Especifique función principal: **Otro - Promotor de Salud**

Fecha de ingreso: **3 de Enero de 2011**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2016**

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: **Hospital Materno Infantil Topilejo**

Área de adscripción / Área: **Dietología**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Promotor de Salud**

Especifique función principal: **Otro - Promotor de Salud**

Fecha de ingreso: **16 de Julio de 2011**

Fecha de egreso: **16 de Junio de 2013**

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): **144,526.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **35,474.00**

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): **35,474.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **profesor**

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): **180,000.00**