



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JOSE ANTONIO JIMENEZ JACINTO** en el puesto **DIRECTOR "B" U HOMOLOGO(A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

---

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

### **Datos generales del declarante**

Nombre(s): **Jose Antonio Jimenez Jacinto**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestria en Salud Publica**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto Nacional de Salud Publica, Escuela de Salud Publica de Mexico**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **8 de Mayo de 2019**

Ubicación: **México**

---

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Avenida san Jeronimo**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Jurisdiccion Sanitaria Magdalena Contreras**

Número exterior: **2625**

Empleo, cargo o comisión: **Director "b" u Homologo(A)**

Municipio/Alcaldía: **la Magdalena Contreras**

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

Colonia/Localidad: **san Bernabé Ocotepc**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Director de Jurisdiccion Sanitaria**

Código postal: **10300**

Especifique función principal: **Otro - Programar, Planear, Ejecutar y Evaluar Programas Institucionales.**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7201**

### **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:  
**Servicios de Salud Pública del Distrito Federal**

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Tlalpan**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Director de Área b, Director de Jurisdicción Sanitaria Tlalpan**

Especifique función principal: **Otro - Planear, Ejecutar y Supervisar Programas Institucionales**

Fecha de ingreso: **16 de Enero de 2007**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2018**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Servicios de Salud Pública del Distrito Federal**

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Xochimilco**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Director de Area b (Director Jurisdiccional)**

Especifique función principal: **Otro - Planear, Ejecutar y Supervisar Programas Institucionales**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2004**

Fecha de egreso: **15 de Enero de 2007**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Servicios de Salud Pública del Distrito Federal**

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Tlahuac**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Encargado de Despacho de la Jurisdicción Sanitaria Tlahuac**

Especifique función principal: **Otro - Planear, Ejecutar y Supervisar Programas Institucionales**

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2003**

Fecha de egreso: **31 de Marzo de 2004**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Servicios de Salud Pública del Distrito Federal**

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Tlahuac**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirector de Medicina Preventiva y Epidemiología de la Jurisdicción Sanitaria Tlahuac**

Especifique función principal: **Otro - Planear, Ejecutar y Supervisar Programas de Medicina Preventiva y Epidemiología Institucionales**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2001**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2003**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Servicios de Salud Pública del Distrito Federal**

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Tlahuac**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe del Departamento de Medicina Preventiva y Epidemiología de la Jurisdicción Sanitaria Tlahuac**

Especifique función principal: **Otro - Planear, Ejecutar y Supervisar Programas Institucionales**

Fecha de ingreso: **16 de Enero de 2001**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2001**

Lugar donde se ubica: **México**

**Ingresos netos del declarante, pareja y/o dependientes económicos**

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): **631,678.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **255,000.00**

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): **255,000.00**

TIPO BIEN ENAJENADO **VEHÍCULO**

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): **886,678.00**

#### **Bienes inmuebles**

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

#### **Bienes muebles**

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

#### **Vehículos**

Todos los datos de vehículos declarados a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

Tipo de vehículo: **Automóvil/ Motocicleta**

Titular del vehículo: **Declarante**

Modelo: **Otro**

Porcentaje: **100**

Año: **2020**

Transmisor (solamente si es persona moral): **Moral**

Valor de adquisición: **289,990.00**

Razón social (solamente si es persona moral): **Concesionaria Kioto, S.A. de C.V.**

Forma de adquisición: **Compra Venta**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **CKI180905FY0**

Forma de pago: **Contado**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición del vehículo: **29 de Mayo de 2020**

Marca: **SUZUKI**

---

Tipo de vehículo: **Automóvil/ Motocicleta**

Titular del vehículo: **Declarante**

Modelo: **Otro**

Porcentaje: **100**

Año: **2020**

Transmisor (solamente si es persona moral): **Moral**

Valor de adquisición: **244,990.00**

Razón social (solamente si es persona moral): **Concesionaria Kioto, S.A. de C.V.**

Forma de adquisición: **Compra Venta**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **CKI180905FY0**

Forma de pago: **Crédito**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición del vehículo: **29 de Mayo de 2020**

Marca: **SUZUKI**

---

### **Inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos**

Todos los datos de las inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

### **Adeudos / Pasivos**

Todos los datos de los adeudos / pasivos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Fecha de adquisición: **29 de Mayo de 2020**

Porcentaje: **100**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **BSM970519DU8**

Tipo de adeudo: **Crédito Automotriz**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Super Autos Santander**

Monto original del adeudo / pasivo: **125,890.00**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Ciudad de México**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

---

### **Préstamo o comodato por terceros**

No aplica

## **II. DECLARACIÓN DE INTERESES**

### **Participación en empresas, sociedades o asociaciones (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de la participación en empresas, sociedades o asociaciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

### **¿Participa en la toma de decisiones de alguna de estas instituciones? (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de la participación en alguna de estas instituciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

### **Apoyos o beneficios públicos (hasta los 2 últimos años)**

No aplica

### **Representación (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de representación de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

### **Clientes principales (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de clientes principales de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

### **Beneficios privados (hasta los 2 últimos años)**

No aplica

### **Participación en Fideicomisos (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de participación en fideicomisos de pareja o dependiente economico no serán públicos.

No aplica