



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ELBA JIMENEZ JIMENEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Elba Jimenez Jimenez**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Médico-Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam-Fes Zaragoza**

Fecha: **26 de Mayo de 2011**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciada en Enfermería y Obstetricia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam-Eneo**

Fecha: **11 de Julio de 2002**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Esc. Preparatoria Oficial Número 62**

Fecha: **15 de Julio de 1994**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Oficial Juan José de los Reyes "el Pipila"**

Fecha: **15 de Julio de 1991**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **es. Primaria "Justo Sierra"**

Fecha: **15 de Julio de 1988**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Nuevo Leon mza 38**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Clínica Comunitaria "Santa Catarina"**

Número exterior: **9**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **Miguel de la Madrid Hurtado**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Médico General "a"**

Código postal: **09698**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **15 de Julio de 2013** Teléfono de oficina y extensión: **5551320900**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

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

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2001**

Centro de Investigación Materno Infantil gen

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2013**

Área de adscripción / Área: **Prevención Reproductiva**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

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): **314,303.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **276,878.00**

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): **276,878.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Enfermera General "A" en el ISEM como personal formalizado**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **591,181.00**