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

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Amalia Jimenez Castillo**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestria en Gestion de Servicios de Salud**

Institución educativa: **Instituto Suiso**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **25 de Marzo de 2022**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestria en Gestion de Servicios de Salud**

Institución educativa: **Instituto Suizo**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **13 de Mayo de 2022**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital General Torre Medica Tepepan**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Profesional Galane Salud**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Agosto de 2000**

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

Calle: **Joya**

Número interior: **sn**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

Colonia/Localidad: **Valle Escondido**

Código postal: **14600**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **56412473**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Área de adscripción / Área: **Quirofano**

R.F.C. (Si es sector privado): **MSU820125T58**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera Quirurgica**

Fecha de ingreso: **19 de Agosto de 1991**

Fecha de egreso: **1 de Mayo de 2000**

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

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): **11,200.00**

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): **11,200.00**