



Declaración pública **Declaración de modificación de NORMA JAZMIN ESPEJEL BASTIDA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Norma Jazmin Espejel Bastida**

Correo electrónico institucional: **jaz_sol17@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **6 de Mayo de 2015**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **cs T-iii Manuel Escontria**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Medico Operativo**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Septiembre de 2015**

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

Calle: **Frontera**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **15**

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

Colonia/Localidad: **san Ángel**

Código postal: **01000**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **cs T-iii Manuel b Marquez Escobedo**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico General a**

Especifique función principal: **Otro - Medico**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2017**

Fecha de egreso: **15 de Enero de 2019**

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:
Servicios de Salud Publica de la Ciudad de Mexico

Área de adscripción / Área: **Cstiii dr Manuel Escontria**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico General b**

Especifique función principal: **Otro - Medico Operativo**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2020**

Fecha de egreso: **16 de Junio de 2022**

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): **510,000.00**

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): **510,000.00**