



Declaración pública **Declaración de modificación** de **Aida Jimenez MARTINEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Aida Jimenez Martinez**

Correo electrónico institucional: **jimaimadis@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialista en Oftalmología**

Institución educativa: **Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **29 de Febrero de 2004**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Facultad de Medicina, Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **6 de Abril de 2000**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatat**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Hospital General de Ticomán**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Médico Especialista b**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Mayo de 2008** Teléfono de oficina y extensión: **55575421**

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

Calle: **Plan de san Luis**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

Colonia/Localidad: **Santa María Ticomán**

Código postal: **07330**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Área de adscripción / Área: **Clínica**

R.F.C. (Si es sector privado): **JMA750612Q82**

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

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2005**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2015**

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): **493,437.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **80,441.00**

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): **80,441.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Profesor Ordinario de la Asignatura de Oftalmología, Facultad de Medicina, UNAM**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **573,878.00**