



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JAIRO JOCSAN DOMINGUEZ MANJARREZ** 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): **Jairo Jocsan Dominguez Manjarrez**

Correo electrónico institucional: **nefrojairo12@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **11 de Diciembre de 2018**

---

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Técnico Laboratorista Clínico**

Institución educativa: **Cecyt 6**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **1 de Julio de 2008**

---

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Salud Pública**

Institución educativa: **Icest**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **15 de Noviembre de 2022**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Cst-iii Carmen Serdán**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Consulta de Atención Médica**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 2021**

**Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

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

Calle: **Soledad Solorzano**

Número interior: **s/n**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

Colonia/Localidad: **Carmen Serdán**

Código postal: **04910**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6710**

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 de la Ciudad de México**

Área de adscripción / Área: **Subdirección de Atención Médica**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Gestor de Calidad**

Especifique función principal: **Auditoría, Control Interno, Fiscalización, Vigilancia, Interventorías, Inspección**

Fecha de ingreso: **16 de Septiembre de 2019**

Fecha de egreso: **15 de Agosto de 2021**

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): **336,000.00**

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): **336,000.00**