

Declaración pública **Declaración de modificación** de **JONATHAN MUÑOZ ESQUIVEL** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Iztacalco** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jonathan Muñoz Esquivel**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Biología**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **19 de Septiembre de 2019**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Tecnico Basico en Gestion Integral de Riesgo y Proteccion Civil**

Institución educativa: **Escuela Nacional de Proteccion Civil**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **20 de Diciembre de 2021**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría de Gestión Integral de Riesgos en Desastres**

Institución educativa: **Escuela de Administración Publica**

Ubicación: **México**

Estatus: **Cursando**

Datos del empleo, cargo o comisión

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Iztacalco**

Área de adscripción: **Proteccion Civil**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **89**

Especifique función principal: **Otro - Coordinador de Emergencia**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Febrero de 2022**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **rio Churubusco**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Iztacalco**

Colonia/Localidad: **Gabriel Ramos Millán Sección Bramadero**

Código postal: **08000**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5556649925**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar de Investigador**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Investigación**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Fecha de ingreso: **11 de Enero de 2014**

Fecha de egreso: **9 de Diciembre de 2016**

Área de adscripción / Área: **Departamentos de Neuroendocrinología**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

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

Fecha de ingreso: **9 de Enero de 2016**

Fecha de egreso: **9 de Enero de 2021**

Área de adscripción / Área: **Gestoria**

Sector al que pertenece: **Servicios Profesionales**

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): **115,000.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **50,000.00**

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): **50,000.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Auditor Interno ISO, Servicios de consultoría Tecnológica y Científica.**

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): **165,000.00**