



Declaración pública **Declaración de modificación** de **EDUARDO JIMENEZ QUINTANA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Eduardo Jimenez Quintana**

Correo electrónico institucional: **ejimenez@sersalud.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **29 de Mayo de 2020**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública**

Institución educativa: **Iesap Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **29 de Mayo de 2020**

Datos del empleo, cargo o comisión

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

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud dr. Rafael Ramírez Suárez**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Encargado de Epidemiología**

Especifique función principal: **Otro - Responsable de Epidemiología**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Octubre de 2019**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **av Montevideo/ Calle 17 de Mayo**

Número interior: **sin Numero**

Número exterior: **sin Numero**

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

Colonia/Localidad: **Montevideo**

Código postal: **07730**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550301700 - 7036**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Codificador Clínico**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Centro Médico abc Observatorio

Fecha de ingreso: **16 de Enero de 2019**

Fecha de egreso: **15 de Octubre de 2019**

Área de adscripción / Área: **Archivo Clínico**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Encargado de Epidemiología**

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

Especifique función principal: **Otro - Responsable de Epidemiología**

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

Fecha de ingreso: **11 de Marzo de 2018**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2018**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Gabriel Ramos Millán**

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): **438,951.00**

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): **438,951.00**