



Declaración pública **Declaración inicial** de **JAIME HERNAN CORTES MENDOZA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jaime Hernan Cortes Mendoza**

Correo electrónico institucional: **epi.jsmilpaalta@sersalud.cdmx.gob.mx**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Facultad de Estudios Superiores Zaragoza**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **26 de Mayo de 2017**

---

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina Familiar**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **14 de Diciembre de 2023**

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Jurisdiccion Sanitaria Milpa Alta**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Responsable de Programa de Vacunacion en la Jurisdicción Milpa Alta**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Enero de 2014**

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

Calle: **Avenida Gaston Melo Esquina Ignacio Aldama**

Número interior: **.**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Milpa Alta**

Colonia/Localidad: **Tenantitla**

Código postal: **12100**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 5807**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Área de adscripción / Área: **Unidad de Medicina Familiar no 84 Chimalhuacan**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Residente en Medicina Familiar**

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

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2021**

Fecha de egreso: **29 de Febrero de 2024**

Lugar donde se ubica: **México**

---

### Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)  
(Cantidades netas después de impuestos): **39,033.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **39,033.00**

**¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?**

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**