

Declaración pública **Declaración inicial** de **JOSE IGNACIO RUIZ MENDOZA** en el puesto **LIDER COORDINADOR DE PROYECTOS "A" U HOMOLOGO (A)** en **Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno CDMX** en **2025**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jose Ignacio Ruiz Mendoza**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Administracion en Sistemas de Salud**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Nacional de Salud Publica**

Fecha: **30 de Septiembre de 2016**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **31 de Julio de 2010**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Nombre del ente público: **Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno Cdmx**

Calle: **Avenida Insurgentes Norte**

Área de adscripción: **Coordinacion de Servicios de Salud y de Cuidados Personales**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **423**

Empleo, cargo o comisión: **Lider Coordinador de Proyectos "a" u Homologo (a)**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

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

Código postal: **06900**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Apoyo Administrativo**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Especifique función principal: **Regulación y Políticas Públicas**

Teléfono de oficina y extensión: **5557410590**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Noviembre de 2024**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Consultor Externo**

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

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2024**

Fecha de egreso: **30 de Julio de 2024**

Área de adscripción / Área: **Atencion de Emergencias**

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: **Coordinador**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Administración de Recursos Humanos**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Imss Bienestar - Oaxaca**

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2023**

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

Área de adscripción / Área: **Coordinacion del Programa de Fortalecimiento a la Atencion Medica**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Consultor Externo**

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

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2022**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2022**

Área de adscripción / Área: **Atencion a Emergencias**

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: **Asesor Para el Diseño del Centro Estatal de Emergencias**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatat**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud - Quintana roo

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2022**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2022**

Área de adscripción / Área: **Departamento de Urgencias Epidemiologicas**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Consultor Externo**

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

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2021**

Fecha de egreso: **30 de Noviembre de 2021**

Área de adscripción / Área: **Atencion a Emergencias**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante, pareja y/o dependientes económicos

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): **25,552.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **36,000.00**

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): **36,000.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **SERVICIOS PROFESIONALES**

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): **61,552.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **Si**

Fecha de inicio: **(Ninguno)**

Fecha de salida: **(Ninguno)**

I - REMUNERACIÓN ANUAL NETA DEL DECLARANTE POR SU CARGO PÚBLICO (POR CONCEPTO DE SUELDOS, HONORARIOS, COMPENSACIONES, BONOS, AGUINALDOS Y OTRAS PRESTACIONES) (CANTIDADES NETAS DESPUÉS DE IMPUESTOS): **(Ninguno)**

II - OTROS INGRESOS DEL DECLARANTE, RECIBIDOS DURANTE EL TIEMPO EN EL QUE SE DESEMPEÑÓ COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR (SUMA DEL II.1 AL II.5): **(Ninguno)**

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

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

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

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **(Ninguno)**

A. Ingreso neto del declarante recibido en el año inmediato anterior (suma del numeral I y II): **(Ninguno)**

Bienes inmuebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Bienes muebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Vehículos

Todos los datos de vehículos declarados a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos

Todos los datos de las inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Adeudos / Pasivos

Todos los datos de los adeudos / pasivos a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos

No aplica

Préstamo o comodato por terceros

No aplica

II. DECLARACIÓN DE INTERESES

Participación en empresas, sociedades o asociaciones (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en empresas, sociedades o asociaciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

Nombre de la empresa, sociedades o asociación: **Higia Inteligencia en Salud y Politica Publica ac**

R.F.C.: **HIS210409251**

Porcentaje de participación de acuerdo a escritura: **50%**

Tipo de participación: **Socio**

Lugar dónde se ubica: **México - Oaxaca**

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

¿Recibe remuneración por su participación?: **No**

¿Participa en la toma de decisiones de alguna de estas instituciones? (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en alguna de estas instituciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Apoyos o beneficios públicos (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Representación (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de representación de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Clientes principales (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de clientes principales de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Beneficios privados (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Participación en Fideicomisos (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de participación en fideicomisos de pareja o dependiente economico no serán públicos.

No aplica