



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JOSE FELIX SAAVEDRA RAMIREZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2025**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jose Felix Saavedra Ramirez**
Correo electrónico institucional: **drsaavedracel@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**
Carrera: **Medico Cirujano**
Institución educativa: **Unam**
Ubicación: **México**
Estatus: **Finalizado**
Documento obtenido: **Título**
Fecha: **12 de Abril de 2007**

Nivel: **Especialidad**
Carrera: **Medicina Integrada**
Institución educativa: **Universidad Autonoma del Estado de Hidalgo**
Ubicación: **México**
Estatus: **Finalizado**
Documento obtenido: **Título**
Fecha: **20 de Septiembre de 2010**

Nivel: **Maestría**
Carrera: **Administracion de Hospitales y Salud Publica**
Institución educativa: **Instituto de Estudios Superiores en Administracion Publica**
Ubicación: **México**
Estatus: **Finalizado**
Documento obtenido: **Título**
Fecha: **29 de Agosto de 2013**

Nivel: **Doctorado**
Carrera: **Alta Direccion**
Institución educativa: **Centro de Posgrados del Estado de Mexico**
Ubicación: **México**
Estatus: **Finalizado**
Documento obtenido: **Título**
Fecha: **14 de Mayo de 2016**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**
Ambito público: **Órgano Autónomo**
Nombre del ente público: **Secretaría de Salud**
Área de adscripción: **Hospital General Balbuena**
Empleo, cargo o comisión: **Operativo u Homologo (a)**
¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**
Nivel del empleo, cargo o comisión: **Jefe de Servicios**
Especifique función principal: **Atención Directa al Público**
Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **15 de Abril de 2014** Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**
Domicilio del empleo, cargo o comisión: **México**
Calle: **Cecilio Robelo**
Número interior: **(Ninguno)**
Número exterior: **s/n**
Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**
Colonia/Localidad: **Aeronáutica Militar**
Código postal: **15970**
Entidad federativa: **Ciudad de México**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**
Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Especialista a**
Nivel / Orden de gobierno: **Federal**
Especifique función principal: **Otro - Medico**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Issste**
Fecha de ingreso: **16 de Julio de 2018**
Fecha de egreso: **16 de Julio de 2021**
Área de adscripción / Área: **Calidad**
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**
Empleo cargo o comisión / Puesto: **Asesor Medico**
Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**
Especifique función principal: **Atención Directa al Público**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Sistema Colectivo Metro**
Fecha de ingreso: **16 de Febrero de 2018**
Fecha de egreso: **15 de Junio de 2021**
Área de adscripción / Área: **Medica**
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado**
Empleo cargo o comisión / Puesto: **Director Medico**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Oceanica sa de cv**
Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2016**
Fecha de egreso: **30 de Julio de 2016**
Área de adscripción / Área: **Direccion**
Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**
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): **1,536,975.00**

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): **1,536,975.00**