



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JAVIER RODRIGUEZ FLORES** en el  
puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2025**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Javier Rodríguez Flores**

Correo electrónico institucional: **drjavierrgz@hotmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **(NINGUNO)**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **31 de Julio de 1998**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad Autónoma Metropolitana**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **26 de Octubre de 2007**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Dirección de Epidemiología y Medicina Preventiva**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Médico General a Eventual**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **15 de Marzo de 2020**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Solutions Consulting Group**

Área de adscripción / Área: **Consulta Externa**

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

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

Calle: **Avenida Capitan Carlos Leon**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

Colonia/Localidad: **México (Lic. Benito Juárez)**

Código postal: **15620**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5543131405**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Bariatra**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2010**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2017**

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

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): **208,856.00**

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): **208,856.00**