



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JUAN CARLOS MORENO ORTIZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Juan Carlos Moreno Ortiz**

Correo electrónico institucional: **dr.jcmorenoo@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Psicología**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **uam**

Fecha: **13 de Abril de 2009**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Médico Cirujano y Partero**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Escuela Superior de Medicina ipn**

Fecha: **6 de Agosto de 2019**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Psicología Clínica y de la Salud**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **lexpro**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

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

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Norte 82 b**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Servicios de Salud Publica**

Número exterior: **6205**

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

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

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

Colonia/Localidad: **Gertrudis Sánchez 2a Sección**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Homologo**

Código postal: **07839**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Agosto de 2020**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7061**

**Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Coordinador de Servicios Psicológicos**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Mediqo**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2019**

Fecha de egreso: **15 de Marzo de 2020**

Área de adscripción / Área: **Servicios Psicológicos**

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: **Privado**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Mediqo**

Fecha de ingreso: **16 de Agosto de 2019**

Fecha de egreso: **31 de Julio de 2020**

Área de adscripción / Área: **Atención Médica Domiciliaria**

Sector al que pertenece: **Servicios Profesionales**

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): **150,566.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **82,512.00**

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): **82,512.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Atención COVID19, Consultas Médicas.**

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): **233,078.00**