Declaracion pública **Declaración inicial** de **JAVIER HORACIO FIGUEROA BECERRA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Javier Horacio Figueroa Becerra**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **16 de Abril de 2016**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital General Iztapalapa dr Juan Ramon de la Fuente**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **790**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Noviembre de 1994**

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

Calle: **Ermita Iztapalapa**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **3018**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Citlalli**

Código postal: **09660**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5513212000**

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 de Salud del Estado de Mexico**

Área de adscripción / Área: **Hospital Fernando Quiroz Gutierrez**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Especialista**

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

Fecha de ingreso: **16 de Mayo de 1994**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 1995**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Área de adscripción / Área: **Hospital Nacional Homeopatico**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 1999**

Fecha de egreso: **15 de Enero de 2006**

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): **957,000.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **150,339.00**

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): **150,339.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **HONORARIOS POR ATNCION MEDICA**

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): **1,107,339.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

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