



Declaración pública **Declaración de modificación** de **FRANCISCO ORTIZ GARCIA** 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): **Francisco Ortiz Garcia**

Correo electrónico institucional: **francisco.ortizgarci@hotmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Epidemiología**

Institución educativa: **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **28 de Febrero de 1995**

---

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina Familiar**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional / Secretaría de Salud**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **28 de Febrero de 1991**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **C.S. Tiii dr. Manuel Cárdenas de la Vega**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **M0100 4 Médico Especialista a**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Noviembre de 1991**

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

Calle: **5 de Febrero**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **12**

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

Colonia/Localidad: **Martín Carrera**

Código postal: **07070**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7032**

### 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:  
**Facultad de Medicina de la Unam**

Área de adscripción / Área: **Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Profesor Externo de Salud Pública i de la Carrera de Medicina**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 1991**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2005**

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:  
**Instituto Mexicano del Seguro Social**

Área de adscripción / Área: **Coordinación de Atención Primaria a la Salud de la Unidad Imss-Bienestar**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Área**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 1992**

Fecha de egreso: **16 de Agosto de 2020**

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): **2,534,718.00**

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): **2,534,718.00**