



Declaración pública **Declaración de modificación** de **OSCAR ALFONSO ROJAS CALIXTO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Oscar Alfonso Rojas Calixto**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad Anáhuac**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **18 de Septiembre de 2012**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Administración de Organizaciones de la Salud**

Institución educativa: **Universidad la Salle**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **23 de Febrero de 2015**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Administración de Organizaciones de la Salud**

Institución educativa: **Universidad la Salle**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **19 de Agosto de 2016**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Salud Pública con Área de Concentración en Epidemiología**

Institución educativa: **Instituto Nacional de Salud Pública**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **2 de Octubre de 2017**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Jurisdicción Sanitaria Iztacalco**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Médico Especialista "b"**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Agosto de 2017**

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

Calle: **Corregidora**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **135**

Municipio/Alcaldía: **Iztacalco**

Colonia/Localidad: **Santa Anita**

Código postal: **08300**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6706**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Fecha de ingreso: **16 de Enero de 2016**

Fecha de egreso: **31 de Julio de 2017**

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Iztacalco**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirector**

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2015**

Fecha de egreso: **15 de Enero de 2016**

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Xochimilco**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2013**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2015**

Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Xochimilco**

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): **622,476.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **696,052.00**

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): **603,983.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **CONSULTORIA Y ASESORIA**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **0.00**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **92,069.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **DOCENCIA**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **1,318,528.00**