



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JAVIER RUIZ PEREZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Gustavo A. Madero** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Javier Ruiz Perez**

Correo electrónico institucional: **beta1956@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina Interna**

Documento obtenido: **Certificado**

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

Fecha: **28 de Febrero de 1985**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina del Adulto en Estado Crítico**

Documento obtenido: **Certificado**

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

Fecha: **28 de Febrero de 1987**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **16 de Noviembre de 1981**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Avenida san Juan de Aragon**

Nombre del ente público: **Alcaldía Gustavo a. Madero**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital General la Villa**

Número exterior: **285**

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

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

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

Colonia/Localidad: **Granjas Modernas**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Especialista c**

Código postal: **07460**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 1987** Teléfono de oficina y extensión: **55778867**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital General de Mexico dr. Eduardo Liceaga

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 1987**

Área de adscripción / Área: **Terapia Intensiva del Servicio de Neurologia y Neurocirujia**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2022**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Profesor Asignatura**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Universidad Nacional Autonoma de Mexico

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 1988**

Área de adscripción / Área: **Facultad de Medicina y Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2022**

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): **1,426,219.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **90,147.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **90,147.00**

TIPO DE INSTRUMENTO QUE GENERÓ EL RENDIMIENTO O GANANCIA **FONDOS DE INVERSIÓN**

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): **1,516,366.00**