



Declaración pública **Declaración de modificación** de **FERNANDO ORTEGA MONTIEL** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México** en **2023**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Fernando Ortega Montiel**

Correo electrónico institucional: **amaterasu7a@hotmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Lic. Medico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad Autonoma del Estado de Hidalgo**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Septiembre de 2017**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Servicios Periciales**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General**

Especifique función principal: **Otro - Medico Auxiliar Para las Labores del Ministerio Publico**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Noviembre de 2020**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Avenida Coyoacan**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **1617**

Municipio/Alcaldía: **Benito Juárez**

Colonia/Localidad: **del Valle Centro**

Código postal: **03100**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **53464413**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Certificacion Medico Legal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Fiscalia General de Justicia Estado de Mexico**

Fecha de ingreso: **16 de Octubre de 2018**

Fecha de egreso: **16 de Junio de 2020**

Área de adscripción / Área: **Servicios Periciales**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Universidad Autonoma del Estado de Hidalgo**

Fecha de ingreso: **4 de Abril de 2017**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2017**

Área de adscripción / Área: **Servicio Medico Universitario**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

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

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

Fecha de ingreso: **15 de Febrero de 2017**

Fecha de egreso: **3 de Abril de 2017**

Área de adscripción / Área: **Medico General**

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: **Medico General**

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

Fecha de ingreso: **2 de Noviembre de 2016**

Fecha de egreso: **30 de Enero de 2017**

Área de adscripción / Área: **Medico General**

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: **Medico General**

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

Fecha de ingreso: **1 de Septiembre de 2016**

Fecha de egreso: **31 de Octubre de 2016**

Área de adscripción / Área: **Medico General**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

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): **482,069.00**

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): **482,069.00**