



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JOSE ALFREDO SUAREZ REYNAGA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jose Alfredo Suarez Reynaga**

Correo electrónico institucional: **drjasr@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Psiquiatría**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Fecha: **27 de Febrero de 1999**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autónoma de Metropolitana**

Fecha: **27 de Noviembre de 1991**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Psiquiatría del Adolescente**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Instituto Mexicano de Psiquiatría**

Fecha: **29 de Febrero de 2000**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Profesor de Educación Primaria**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Escuela Nacional de Maestros**

Fecha: **12 de Marzo de 1986**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **av. san Fernando**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Unidad Médica del Centro Especializado Para Adolescentes**

Número exterior: **1**

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

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

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

Colonia/Localidad: **Toriello Guerra**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Médico Especilista**

Código postal: **14050**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **2 de Mayo de 2018**

Teléfono de oficina y extensión: **5556557015**

## Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: <b>Público</b>	Empleo cargo o comisión / Puesto: <b>Peritopsiquiatra</b>
Nivel / Orden de gobierno: <b>Estatal</b>	Especifique función principal: <b>Procuración de Justicia (Sentencias, Ministerios Públicos, Fiscales, Policías de Investigación, Auxiliares Ministeriales, Etc.)</b>
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: <b>Poder Judicial del Estado de México</b>	Fecha de ingreso: <b>1 de Julio de 2010</b>
Área de adscripción / Área: <b>Dirección de Peritos</b>	Fecha de egreso: <b>31 de Agosto de 2017</b>
	Lugar donde se ubica: <b>México</b>
<hr/>	
Ámbito / Sector en el que laboraste: <b>Privado</b>	Empleo cargo o comisión / Puesto: <b>Director de Área Médica</b>
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: <b>Fundación Cultural Federico Hoth</b>	Fecha de ingreso: <b>1 de Junio de 2003</b>
Área de adscripción / Área: <b>Médica</b>	Fecha de egreso: <b>30 de Abril de 2006</b>
R.F.C. (Si es sector privado): <b>(Ninguno)</b>	Sector al que pertenece: <b>Servicios de Salud</b>
	Lugar donde se ubica: <b>México</b>
<hr/>	
Ámbito / Sector en el que laboraste: <b>Público</b>	Empleo cargo o comisión / Puesto: <b>Encargado de Proyecto</b>
Nivel / Orden de gobierno: <b>Federal</b>	Especifique función principal: <b>Áreas Técnicas</b>
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: <b>Instituto Mexicano de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz</b>	Fecha de ingreso: <b>1 de Junio de 2006</b>
Área de adscripción / Área: <b>Clínica de Adolescentes</b>	Fecha de egreso: <b>31 de Agosto de 2006</b>
	Lugar donde se ubica: <b>México</b>
<hr/>	
Ámbito / Sector en el que laboraste: <b>Público</b>	Empleo cargo o comisión / Puesto: <b>Subdirector Medico</b>
Nivel / Orden de gobierno: <b>Estatal</b>	Especifique función principal: <b>Áreas Técnicas</b>
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: <b>Instituto de Salud del Estado de Mexico</b>	Fecha de ingreso: <b>1 de Junio de 2000</b>
Área de adscripción / Área: <b>Hospital Psiquiatrico "Dr. Adolefo m. Nieto"</b>	Fecha de egreso: <b>31 de Mayo de 2003</b>
	Lugar donde se ubica: <b>México</b>

## 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): **482,811.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **52,000.00**

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): **52,000.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Consultas médicas**

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): **534,811.00**