



Declaración pública **Declaración de modificación** de FRANCISCO JAVIER ALVARADO REVUELTA 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 Javier Alvarado Revuelta**

Correo electrónico institucional: **dr.franciscoalvarado23@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Umsnh**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **13 de Noviembre de 2015**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **dr. Erazo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **cs Tiii "Dr. Atanasio Garza Ríos"**

Número exterior: **75**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Colonia/Localidad: **Doctores**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Médico General a**

Código postal: **06720**

Especifique función principal: **Otro - Servicio Médico**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **5611744860**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Laboral**

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

Fecha de ingreso: **15 de Febrero de 2016**

**Grupo Modelo**

Fecha de egreso: **30 de Mayo de 2020**

Área de adscripción / Área: **Servicio Médico**

Sector al que pertenece: **Comercio al por Mayor**

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: **Médico General**

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

Fecha de ingreso: **22 de Marzo de 2016**

**Clínica Médica Arias**

Fecha de egreso: **19 de Octubre de 2019**

Área de adscripción / Área: **Servicio Médico**

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): **356,568.00**

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): **356,568.00**