



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JAVIER ENRIQUE ORTEGA ESCAMILLA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2024

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Javier Enrique Ortega Escamilla**

Correo electrónico institucional: **e.ortega_89@outlook.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **14 de Mayo de 2015**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Venustiano Carranza**

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 - Servicios de Salud**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2020**

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

Calle: **Cuitlahuac**

Número interior: **sin Numero**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

Colonia/Localidad: **Merced Balbuena**

Código postal: **15810**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7760**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Área de adscripción / Área: **Nezahualcoyotl**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

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

Fecha de ingreso: **14 de Septiembre de 2014**

Fecha de egreso: **9 de Septiembre de 2016**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Área de adscripción / Área: **Lindavista**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

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

Fecha de ingreso: **18 de Septiembre de 2016**

Fecha de egreso: **13 de Septiembre de 2017**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Área de adscripción / Área: **Ecatepec**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

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

Fecha de ingreso: **22 de Septiembre de 2018**

Fecha de egreso: **15 de Junio de 2020**

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

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): **417,752.00**

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): **417,752.00**