



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JAVIER CONTRERAS MIRANDA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2024**

---

## **I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL**

### **Datos generales del declarante**

Nombre(s): **Javier Contreras Miranda**

Correo electrónico institucional: **jacontreras@sersalud.cdmx.gob.mx**

### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Licenciatura**  
Carrera: **Medico Cirujano**  
Institución educativa: **Universidad Autónoma del Estado de México**  
Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**  
Documento obtenido: **Título**  
Fecha: **14 de Abril de 1994**

---

Nivel: **Licenciatura**  
Carrera: **Medico Cirujano**  
Institución educativa: **Universidad Autónoma del Estado de México**  
Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**  
Documento obtenido: **Título**  
Fecha: **14 de Abril de 1994**

---

Nivel: **Licenciatura**  
Carrera: **Medico Cirujano**  
Institución educativa: **Universidad Autónoma del Estado de México**  
Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**  
Documento obtenido: **Título**  
Fecha: **14 de Abril de 1994**

---

Nivel: **Licenciatura**  
Carrera: **Medico Cirujano**  
Institución educativa: **Universidad Autónoma del Estado de México**  
Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**  
Documento obtenido: **Título**  
Fecha: **14 de Abril de 1994**

---

Nivel: **Licenciatura**  
Carrera: **Medico Cirujano**  
Institución educativa: **Universidad Autónoma del Estado de México**  
Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**  
Documento obtenido: **Título**  
Fecha: **14 de Abril de 1994**

---

Nivel: **Licenciatura**  
Carrera: **Medico Cirujano**  
Institución educativa: **Universidad Autónoma del Estado de México**  
Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**  
Documento obtenido: **Título**  
Fecha: **14 de Abril de 1994**

---

Nivel: **Licenciatura**  
Carrera: **Medico Cirujano**  
Institución educativa: **Universidad Autónoma del Estado de México**  
Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**  
Documento obtenido: **Título**  
Fecha: **14 de Abril de 1994**

---

Nivel: **Licenciatura**  
Carrera: **Medico Cirujano**  
Institución educativa: **Universidad Autónoma del Estado de México**  
Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**  
Documento obtenido: **Título**  
Fecha: **14 de Abril de 1994**

---

Nivel: **Licenciatura**  
Carrera: **Medico Cirujano**  
Institución educativa: **Universidad Autónoma del Estado de México**  
Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**  
Documento obtenido: **Título**  
Fecha: **14 de Abril de 1994**

---

Nivel: **Licenciatura**  
Carrera: **Medico Cirujano**  
Institución educativa: **Universidad Autónoma del Estado de México**  
Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**  
Documento obtenido: **Título**  
Fecha: **14 de Abril de 1994**

---

Nivel: **Licenciatura**  
Carrera: **Medico Cirujano**  
Institución educativa: **Universidad Autónoma del Estado de México**  
Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**  
Documento obtenido: **Título**  
Fecha: **14 de Abril de 1994**

---

Nivel: **Licenciatura**  
Carrera: **Medico Cirujano**  
Institución educativa: **Universidad Autónoma del Estado de México**  
Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**  
Documento obtenido: **Título**  
Fecha: **14 de Abril de 1994**

---

**Datos del empleo, cargo o comisión**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal** Domicilio del empleo, cargo o comisión: **México**  
Ambito público: **Ejecutivo** Calle: **av Telecomunicaciones**  
Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**  
Área de adscripción: **Centro de Salud T-ii Chinampac de Juarez** Número exterior: **s/n**  
Empleo, cargo o comisión: **Operativo u Homologo (a)** Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**  
¿Es contrato(a) por honorarios?: **no** Colonia/Localidad: **Chinampac de Juárez**  
Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General c** Código postal: **09208**  
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 1995** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6840**

**Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

No aplica

**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): **537,845.00**

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): **537,845.00**