



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JUAN CARLOS RODRIGUEZ VAZQUEZ** 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): **Juan Carlos Rodriguez Vazquez**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Escuela Superior de Medicina - ipn**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **23 de Noviembre de 2010**

---

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Salud Publica**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **5 de Febrero de 2019**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Centro de Salud tii Zapotitla**

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

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

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

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2016**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Cecilio Acosta**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sn**

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

Colonia/Localidad: **Zapotitla**

Código postal: **13310**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7491**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Secretaría de Salud de Ciudad de México**

Área de adscripción / Área: **Caravanas de la Salud**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Supervisor**

Especifique función principal: **Otro - Planeación, Programación y Seguimiento del Programa**

Fecha de ingreso: **16 de Febrero de 2013**

Fecha de egreso: **16 de Junio de 2013**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Secretaría de Salud de Ciudad de México**

Área de adscripción / Área: **Caravanas de la Salud**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Residente Para Trabajo Itinerante**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Fecha de ingreso: **16 de Julio de 2011**

Fecha de egreso: **16 de Febrero de 2013**

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): **490,816.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **5,290.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **5,290.00**

TIPO DE INSTRUMENTO QUE GENERÓ EL RENDIMIENTO O GANANCIA **BONOS**

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): **496,106.00**