



Declaración pública **Declaración de conclusión** de **ROBERTO BERNARDO MARTINEZ OLIVERA** en el puesto **DIRECTOR GENERAL "B" U HOMOLOGO(A)** en **Secretaría de la Contraloría General** en **2025**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Roberto Bernardo Martínez Olivera**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Abogado**

Institución educativa: **Escuela Libre de Derecho**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **17 de Mayo de 1996**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestria en Comercio Exterior**

Institución educativa: **Universidad Carlos iii de Madrid**

Ubicación: **Extranjero**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Diciembre de 2001**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Master en Administracion Publica**

Institución educativa: **Instituto Universitario Ortega y Gasset de Madrid**

Ubicación: **Extranjero**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Julio de 2001**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Secretaría de la Contraloría General**

Área de adscripción: **Oficina del Secretario**

Empleo, cargo o comisión: **Director General "b" u Homologo(A)**

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Asesor b**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Noviembre de 2024**

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

Calle: **av. Arcos de Belen**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **2**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Doctores**

Código postal: **06720**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

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

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2000**

Fecha de egreso: **30 de Noviembre de 2000**

Área de adscripción / Área: **Birmex**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

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

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 1999**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 1999**

Área de adscripción / Área: **Oficina del Secretario**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Asociacion Nacional de Fabricantes de Medicamentos

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2004**

Fecha de egreso: **1 de Julio de 2019**

Área de adscripción / Área: **Direccion General**

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

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: **Director General**

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

Fecha de ingreso: **1 de Diciembre de 2021**

Fecha de egreso: **30 de Octubre de 2024**

Área de adscripción / Área: **Direccion General**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante, pareja y/o dependientes económicos

I - Remuneración neta del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **57,000.00**

II - Otros ingresos del declarante (Suma del II.1 al II.5): **250,000.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **250,000.00**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL **PHARMA MEET**
TIPO DE NEGOCIO **CONSULTORIA**

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 del declarante del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión (suma del numeral I y II): **307,000.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**

Bienes inmuebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

Tipo de inmueble: **Casa**

Titular del inmueble: **Declarante**

Porcentaje de propiedad del declarante conforme a escrituración o contrato:
100%

Forma de adquisición: **COMPRA VENTA**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Superficie del terreno: **853.00 - Metro cuadrado**

Fecha de adquisición: **19 de Diciembre de 2008**

Superficie de construcción: **681.00 - Metro cuadrado**

¿El valor de adquisición del inmueble es conforme a?: **Escritura Pública**

Forma de pago: **CRÉDITO**

Valor de adquisición: **7,200,000.00**

Bienes muebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Vehículos

Todos los datos de vehículos declarados a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

Tipo de vehículo: **Automóvil/ Motocicleta**

Titular del vehículo: **Declarante**

Modelo: **Sienna**

Porcentaje: **100**

Año: **2018**

Transmisor (solamente si es persona moral): **Moral**

Valor de adquisición: **669,900.00**

Razón social (solamente si es persona moral): **Toyota Financial Services**

Forma de adquisición: **Compra Venta**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **TFS011012M18**

Forma de pago: **Crédito**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición del vehículo: **20 de Abril de 2018**

Marca: **TOYOTA**

Inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos

Todos los datos de las inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Adeudos / Pasivos

Todos los datos de los adeudos / pasivos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos

No aplica

Préstamo o comodato por terceros

No aplica

II. DECLARACIÓN DE INTERESES

Participación en empresas, sociedades o asociaciones (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en empresas, sociedades o asociaciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

Nombre de la empresa, sociedades o asociación: **Pharma Meet**

Lugar dónde se ubica: **México - Ciudad de México**

R.F.C.: **PME210120M47**

Sector productivo al que pertenece: **Servicios Profesionales**

Porcentaje de participación de acuerdo a escritura: **100%**

¿Recibe remuneración por su participación?: **Si**

Tipo de participación: **Accionista**

Monto mensual neto: **100,000.00**

Nombre de la empresa, sociedades o asociación: **Distribuidora de Insumos y Accesorios**

Lugar dónde se ubica: **México - Ciudad de México**

R.F.C.: **DIA021209AU2**

Sector productivo al que pertenece: **Comercio al por Menor**

Porcentaje de participación de acuerdo a escritura: **49%**

¿Recibe remuneración por su participación?: **Si**

Tipo de participación: **Accionista**

Monto mensual neto: **50,000.00**

Nombre de la empresa, sociedades o asociación: **Icaido Instituto de Capacitacion Investigacion y Desarrollo Organizacional**

Lugar dónde se ubica: **México - Ciudad de México**

R.F.C.: **IIC161123349**

Sector productivo al que pertenece: **Servicios Profesionales**

Porcentaje de participación de acuerdo a escritura: **51%**

¿Recibe remuneración por su participación?: **Si**

Tipo de participación: **Accionista**

Monto mensual neto: **10,000.00**

¿Participa en la toma de decisiones de alguna de estas instituciones? (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en alguna de estas instituciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Apoyos o beneficios públicos (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Representación (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de representación de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

Tipo de representación: **Representante**

Fecha de inicio de la representación: **23 de Noviembre de 2016**

Monto: **100,000.00**

Nombre de la parte representada (solo si es persona moral): **Moral**

¿Recibe remuneración por su participación?: **Si**

Razón social: **Icaido Instituto de Capacitacion Investigacion y Desarrollo Organizacion ac**

Lugar donde se ubica: **México - Ciudad de México**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **IIC161123349**

Sector productivo al que pertenece: **Servicios Profesionales**

Tipo de representación: **Representante**

Monto: **50,000.00**

Fecha de inicio de la representación: **9 de Diciembre de 2021**

¿Recibe remuneración por su participación?: **Si**

Nombre de la parte representada (solo si es persona moral): **Moral**

Lugar donde se ubica: **México - Ciudad de México**

Razón social: **Distribuidora de Insumos y Accesorios sa de cv**

Sector productivo al que pertenece: **Comercio al por Menor**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **DIA021209AU2**

Tipo de representación: **Representante**

Monto: **100,000.00**

Fecha de inicio de la representación: **20 de Enero de 2021**

¿Recibe remuneración por su participación?: **Si**

Nombre de la parte representada (solo si es persona moral): **Moral**

Lugar donde se ubica: **México - Ciudad de México**

Razón social: **Pharma Meet sas**

Sector productivo al que pertenece: **Servicios Profesionales**

Clientes principales (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de clientes principales de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Beneficios privados (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Participación en Fideicomisos (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de participación en fideicomisos de pareja o dependiente económico no serán públicos.

No aplica