



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LETICIA CRUZ ARRIAGA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en Régimen de Protección Social en Salud en 2025

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Leticia Cruz Arriaga**

Correo electrónico institucional: **leticia.cruza@imss.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medico Especialista Medicina del Trabajo**

Institución educativa: **Unam y Universidad Autonoma de Guerrero**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **30 de Marzo de 2012**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Régimen de Protección Social en Salud**

Área de adscripción: **Imss, Cdmx, Ooad 37 sur ,Unidad de Medicina Familiar n. 22**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Operativo Salud en el Trabajo**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Abril de 2021**

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

Calle: **av. ro Chico 22 Independencia san Ramon**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **22**

Municipio/Alcaldía: **la Magdalena Contreras**

Colonia/Localidad: **san Jerónimo Lídice**

Código postal: **10200**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Dictaminador**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Labs Medico Polanco sa** Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2003**
Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2005**
Área de adscripción / Área: **Laboratorio Medico** 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: **Gerente**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Imp Analisis Clinicos Centro sur sa de cv** Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2005**
Fecha de egreso: **2 de Marzo de 2008**
Área de adscripción / Área: **Laboratorio Clínico en Cdmx** 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: **Medico Call Center**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Dimension Salud sa de cv** Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2008**
Fecha de egreso: **15 de Febrero de 2009**
Área de adscripción / Área: **Call Center Cdmx** 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): **626,254.00**

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): **626,254.00**