



Declaración pública **Declaración de modificación** de **RAUL ENRIQUE RODRIGUEZ CHAVEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2025**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Raul Enrique Rodriguez Chavez**

Correo electrónico institucional: **rulorodriguezchavez@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Tecnico en Instalacion y Reparacion de Equipos de Computo**

Institución educativa: **Capacitate Para el Empleo**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **25 de Junio de 2021**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Psicología**

Institución educativa: **Instituto Mexicano de Psicooncología Plantel Tlahuac**

Ubicación: **México**

Estatus: **Cursando**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital Materno Pediatrico Xochimilco**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Auxiliar de Estadística y Archivo Clínico**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Junio de 1994**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Hospital Materno Pediatrico Xochimilco**

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

Calle: **ProL 16 de Septiembre Esq. Calzada Nativitas**

Número interior: **s/n**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Xochimilco**

Colonia/Localidad: **Barrio Xaltocan**

Código postal: **16090**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5556760555 - 333**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar en Estadística y Achivo Clínico**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **16 de Junio de 1994**

Fecha de egreso: **16 de Junio de 1994**

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): **260,409.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **10,000.00**

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): **10,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **PRESTAMO PERSONAL**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **270,409.00**