



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ITZEL DANAÉ GARCÍA CRUZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMÓLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2025**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Itzel Danae Garcia Cruz**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermería y Obstetricia**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **3 de Julio de 2014**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Enfermería en la Cultura Física y el Deporte**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **20 de Junio de 2014**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Laboratorista Químico**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **31 de Julio de 2006**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Programador de Computadoras**

Institución educativa: **Instituto Particular Mano Amiga**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **31 de Julio de 2012**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Subdirección de Supervisión y de Operación**

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

Calle: **Avenida Insurgentes**

Número exterior: **423**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera Administrativa Supervisión**

Código postal: **06900**

Especifique función principal: **Otro - Enfermera Adminsitrativa Supervisión**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Mayo de 2023** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 5868**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Cuerpo Técnico: Médico de Campo**

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

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2014**

Unam

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2020**

Área de adscripción / Área: **Deporte Unam**

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): **423,994.00**

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): **423,994.00**