



Declaración pública **Declaración de modificación de leticia fabiola CRUZ luna** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2021

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Leticia Fabiola Cruz Luna**

Correo electrónico institucional: **letii351@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Profesional Técnico Bachiller en Enfermería General**

Institución educativa: **Conalep Coyoacán**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **15 de Septiembre de 2016**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud t-i Ciénega**

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

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

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 2020**

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

Calle: **av. Divisin del Norte**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **2986**

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

Colonia/Localidad: **Atlántida**

Código postal: **04370**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6350**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Prestadora de Servicios san Luis sa de cv

Área de adscripción / Área: **Clinica**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar de Enfermería**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2020**

Fecha de egreso: **31 de Julio de 2020**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Área de adscripción / Área: **Enfermera**

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

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

Fecha de ingreso: **15 de Abril de 2019**

Fecha de egreso: **16 de Julio de 2019**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Human Dooro Servicios s de rl de cv

Área de adscripción / Área: **Hospitalización**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar de Enfermería**

Fecha de ingreso: **13 de Noviembre de 2018**

Fecha de egreso: **15 de Marzo de 2019**

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

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): **20,875.00**

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): **20,875.00**