



Declaración pública **Declaración de modificación** de **EDUARDO CRUZ GONZALEZ** en el puesto **JEFE DE UNIDAD DEPARTAMENTAL "A" U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Eduardo Cruz Gonzalez**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico, Cirujano y Partero**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Benemerita Universidad Autonoma de Puebla**

Fecha: **24 de Enero de 1994**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Anestesiología**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Hospital General de México**

Fecha: **28 de Febrero de 1999**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

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

Calle: **av. Insurgentes Norte**

Área de adscripción: **Hospital General dr. Enrique Cabrera**

Número interior: **(Ninguno)**

Empleo, cargo o comisión: **Jefe de Unidad Departamental "a" u Homologo (a)**

Número exterior: **423**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Jefe de Servicios**

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Especifique función principal: **Otro - Encargado de la jud de Fortalecimiento de Servicios Médicos de Apoyo**

Código postal: **06900**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 2019**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **51321250 - 1324**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **jud Medica Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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 2003**

Área de adscripción / Área: **Hospital Materno Infantil "Magdalena Contreras"**

Fecha de egreso: **15 de Junio de 2006**

Lugar donde se ubica: **México**

---

### **Ingresos netos del declarante, pareja y/o dependientes económicos**

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): **439,972.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **376,220.00**

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): **376,220.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Tipo servicio profesional-anestesiólogo-ISSSTE**

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): **816,192.00**

### **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.

No aplica

### **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.

No aplica

### **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.

Institución o razón social: **Bbva Bancomer**

R.F.C. De la institución: **BBA830831LJ2**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Bancaria**

Subtipo de inversión: **Cuenta de Cheques**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: **Declarante**

¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:  
**México, Ciudad de México**

---

Institución o razón social: **Banamex**

R.F.C. De la institución: **BNM840515VB1**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Bancaria**

Subtipo de inversión: **Cuenta de Cheques**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: **Declarante**

¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:  
**México, Ciudad de México**

---

**(NINGUNO)**

---

**(NINGUNO)**

---

**(NINGUNO)**

---

Institución o razón social: **Banco Santander**

R.F.C. De la institución: **BSM970519DU8**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Bancaria**

Subtipo de inversión: **Cuenta de Nómina**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: **Declarante**

¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:  
**México, Ciudad de México**

---

Institución o razón social: **Grupo Nacional Provincial gnp**

R.F.C. De la institución: **GNP9211244P0**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Seguros**

Subtipo de inversión: **Seguro de Vida**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: **Declarante**

¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:  
**México, Ciudad de México**

---

**(NINGUNO)**

---

**(NINGUNO)**

---

**(NINGUNO)**

---

**(NINGUNO)**

---

**(NINGUNO)**

---

**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

(NINGUNO)

---

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Tarjeta de Crédito Bancaria**

Monto original del adeudo / pasivo: **40,630.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **15 de Abril de 2013**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **BSM970519DU8**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Santander**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Ciudad de México**

---

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Tarjeta de Crédito Bancaria**

Monto original del adeudo / pasivo: **29,300.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **8 de Abril de 2015**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **BSM970519DU8**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Santander**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Ciudad de México**

---

(NINGUNO)

---

(NINGUNO)

---

(NINGUNO)

---

(NINGUNO)

---

#### **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.

No aplica

##### **¿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)**

Nombre del programa: **Beca Apoyos y Estimulos Institucionales**

Institución que otorga el apoyo: **Universidad Autonoma del Estado de Mexico**

Tipo de apoyo: **Otro**

Otro tipo de apoyo: **Beca Universitaria**

Nivel u orden de gobierno: **Estatal**

Forma de recepción del apoyo: **Monetario**

Monto aproximado del apoyo mensual: **40,500.00**

---

Nombre del programa: **Beca Apoyos y Estimulos Institucionales**

Institución que otorga el apoyo: **Universidad Autonoma del Estado de Mexico**

Tipo de apoyo: **Otro**

Otro tipo de apoyo: **Beca Universitaria**

Nivel u orden de gobierno: **Estatal**

Forma de recepción del apoyo: **Monetario**

Monto aproximado del apoyo mensual: **12,000.00**

---

**Representación (hasta los 2 últimos años)**

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

No aplica

**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