



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ELIZABETH MENDOZA CRUZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2025**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Elizabeth Mendoza Cruz**

Correo electrónico institucional: **dark\_airs@hotmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Tecnico en Informatica**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **ipn**

Fecha: **5 de Julio de 2008**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Ingenieria en Informatica**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Fecha: **14 de Mayo de 2024**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **av. Insurgentes Norte**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Direccion General de Diseño de Politicas, Planeacion y Coordinacion Sectorial**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Cauhtémoc**

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

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

Código postal: **06900**

Especifique función principal: **Otro - Administrativo**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **2 de Enero de 2024**

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

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar Administrativo**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Apoyo Administrativo**

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

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2021**

Área de adscripción / Área: **Direccion General de Prestacion de Servicios Medicos y Urgencias**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2023**

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): **264,992.00**

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): **264,992.00**