



Declaración pública **Declaración de modificación** de **RUBEN MIGUEL ANGEL NAJERA MENDEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Coyoacán** en **2025**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Ruben Miguel Angel Najera Mendez**

Correo electrónico institucional: **we.wiisker@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Nutrición**

Institución educativa: **Universidad Insurgentes**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Septiembre de 2015**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Coyoacán**

Área de adscripción: **Clínica Geriatrica Coyoacan**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Operativo Experto en Salud c**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Julio de 2023** Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

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

Calle: **Candelaria Perez Esquina Elvira Vargas**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sn**

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

Colonia/Localidad: **Culhuacán ctm Sección VIII**

Código postal: **04909**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Clínica Geriátrica Coyoacán**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Operativo Experto en Salud "c"**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Fecha de ingreso: **16 de Julio de 2023**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2024**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Área de adscripción / Área: **Centros de Salud en Alcaldía Iztapalapa y Milpa Alta**

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

Especifique función principal: **Otro - Consulta en Nutrición, Talleres, Capacitación**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2015**

Fecha de egreso: **15 de Agosto de 2022**

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): **151,784.00**

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): **151,784.00**