



Declaración pública **Declaración inicial** de **JOSE LUIS CRUZ RIOS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jose Luis Cruz Rios**

Correo electrónico institucional: **josecr095@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **5 de Abril de 2018**

---

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Bachillerato**

Institución educativa: **Escuela Nacional Preparatoria**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **3 de Mayo de 2011**

---

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Secundaria**

Institución educativa: **Escuela Secundaria 79 Republica de Chile**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **4 de Julio de 2008**

---

Nivel: **Primaria**

Carrera: **Primaria**

Institución educativa: **Escuela dr Francisco Vazquez Gomez**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **8 de Julio de 2005**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Centro de Salud T-iii dr. Jose Zozaya**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General a**

Especifique función principal: **Otro - Salud**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **18 de Mayo de 2020**

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

Calle: **eje 4 sur Plutarco Elias Calles**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **135**

Municipio/Alcaldía: **Iztacalco**

Colonia/Localidad: **Santa Anita**

Código postal: **08300**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

## Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico General**

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

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2019**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 2020**

Área de adscripción / Área: **Hemodialisis**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico General**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Sacyr-Epccor**

Fecha de ingreso: **3 de Septiembre de 2018**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 2019**

Área de adscripción / Área: **Salud Laboral**

Sector al que pertenece: **Construcción**

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

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Residente**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Salud**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Instituto Mexicano del Seguro Social**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2020**

Fecha de egreso: **15 de Marzo de 2020**

Área de adscripción / Área: **Hospital General dr. Gaudencio Gonzalez**

Lugar donde se ubica: **México**

---

## Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **151,089.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **45,604.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **45,604.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **ACTIVIDAD EMPRESARIAL Y SERVICIOS PROFESIONALES (HONORARIOS)**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **196,693.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**