



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ALBERTO ROSALES AGUILAR** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2022**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Alberto Rosales Aguilar**

Correo electrónico institucional: **dr.alrosales@hotmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **19 de Noviembre de 1992**

---

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Medicina del Deporte**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **9 de Febrero de 2001**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Medica**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **4160041R091103M0100800136**

Especifique función principal: **Otro - Medica**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Agosto de 1998**

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

Calle: **Aztlan**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **77**

Municipio/Alcaldía: **Azcapotzalco**

Colonia/Localidad: **Ampliación san Pedro Xalpa**

Código postal: **02719**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 61111**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Especialista b**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Medica**

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

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 1998**

Fecha de egreso: **25 de Mayo de 2022**

Área de adscripción / Área: **Medica**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico del Deporte**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Cruz Azul Futbol Club a.c**

Fecha de ingreso: **6 de Diciembre de 2011**

Fecha de egreso: **25 de Mayo de 2022**

Área de adscripción / Área: **Medica**

Sector al que pertenece: **Otro - Medico**

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

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): **311,750.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **403,527.00**

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): **403,527.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Medico del deporte**

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): **715,277.00**