



Declaración pública **Declaración de modificación** de **TANIA MARGARITA SILVA CRUZ** en el puesto **DIRECTOR "A" U HOMOLOGO(A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Tania Margarita Silva Cruz**

Correo electrónico institucional: **dra.taniasilvacruz@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano Partero**

Institución educativa: **Universidad Valle de Bravo**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **15 de Noviembre de 2011**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestria en Salud Publica**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Febrero de 2013**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Pediatría Medica**

Institución educativa: **Universidad Autónoma de Tamaulipas**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **7 de Junio de 2016**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Neumología Pediatrica**

Institución educativa: **Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas"**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **2 de Agosto de 2018**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Trastornos Respiratorios del Dormir**

Institución educativa: **Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas"**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **7 de Febrero de 2019**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estat**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Secretaria de la Salud**

Empleo, cargo o comisión: **Director "a" u Homologo(A)**

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **29**

Especifique función principal: **Otro - Dirección Médica**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Octubre de 2021**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estat**

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

Área de adscripción / Área: **Secretaria de Salud**

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

Calle: **Hidalgo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

Colonia/Localidad: **Villa Gustavo a. Madero**

Código postal: **07050**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5555776707**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Especialista en Areas de la Salud a**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2020**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Área de adscripción / Área: **Privada**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Asesor Médico**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2019**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2021**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Hospital Angeles México**

Área de adscripción / Área: **Privada**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Pediatra**

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

Fecha de egreso: **14 de Enero de 2020**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Área de adscripción / Área: **Hospital General Ajusco Medio**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirección Médica**

Especifique función principal: **Otro - Subdirección**

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2021**

Fecha de egreso: **15 de Octubre de 2021**

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): **327,318.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **49,923.00**

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

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **2,868.00**

TIPO DE INSTRUMENTO QUE GENERÓ EL RENDIMIENTO O GANANCIA **FONDOS DE INVERSIÓN**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **47,055.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Servicios profesionales**

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): **377,241.00**

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.

(NINGUNO)

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.

No aplica

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

No aplica

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)

No aplica

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 economico no serán públicos.

No aplica