



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LUIS ALBERTO DOMINGUEZ NUÑEZ** 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): **Luis Alberto Dominguez Nuñez**

Correo electrónico institucional: **luisdiseprom@hotmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Técnico Mecánico de Aviación**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica**

Fecha: **14 de Noviembre de 2000**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Colegio Bonampak**

Fecha: **14 de Julio de 1995**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Avenida Mariano Escobedo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Jurisdicción Sanitaria Miguel Hidalgo**

Número exterior: **148**

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

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

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

Colonia/Localidad: **Anáhuac i Sección**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Apoyo Administrativo en Salud a4**

Código postal: **11320**

Especifique función principal: **Otro - Chofer**

Entidad federativa: **None**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Marzo de 2015** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7304**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Chófer Repartidor**

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

Fecha de ingreso: **6 de Febrero de 2013**

Fecha de egreso: **15 de Octubre de 2014**

Área de adscripción / Área: **Embarques**

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: **Chófer Repartidor**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Adrian Meléndez Recillas**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2010**

Fecha de egreso: **15 de Febrero de 2013**

Área de adscripción / Área: **Materiales de Plomería**

Sector al que pertenece: **Construcción**

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): **114,371.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **161,801.00**

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): **161,801.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Secretaria de Salud de la Ciudad de Mexico**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **276,172.00**