



Declaración pública **Declaración de modificación** de **EDUARDO ROLDAN GUERRERO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Eduardo Roldan Guerrero**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Cirujano Dentista**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **20 de Junio de 1995**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **c. s. Tiii Villa Milpa Alta**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Septiembre de 2021**

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

Calle: **av. Veracruz Norte**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **116**

Municipio/Alcaldía: **Milpa Alta**

Colonia/Localidad: **Santa Cruz**

Código postal: **12000**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**
Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Salud
Área de adscripción / Área: **Clínica Especializada Condesa Iztapalapa**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Odontologo**
Especifique función principal: **Atención Directa al Público**
Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2018**
Fecha de egreso: **30 de Junio de 2021**
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**
Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaria de Salud
Área de adscripción / Área: **c. s. Tiii dr. Martinez Baez**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Odontologo**
Especifique función principal: **Atención Directa al Público**
Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2014**
Fecha de egreso: **30 de Julio de 2018**
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**
Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaria de Salud
Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Tiii "Martínez Báez"**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Odontologo**
Especifique función principal: **Atención Directa al Público**
Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2014**
Fecha de egreso: **30 de Abril de 2018**
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): **257,711.00**

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): **257,711.00**