

Declaración pública **Declaración de modificación** de **ERIK JACOB ROBLES HERNANDEZ** en el puesto **JEFE DE UNIDAD DEPARTAMENTAL "B" 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): **Erik Jacob Robles Hernandez**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **3 de Abril de 2019**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Medicina Forense**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **20 de Octubre de 2015**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Estatus: **Finalizado**

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

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **8 de Noviembre de 2001**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

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

Calle: **Corregidora**

Área de adscripción: **C.S. t iii D.R. Jose Zozaya**

Número interior: **(Ninguno)**

Empleo, cargo o comisión: **Jefe de Unidad Departamental "b" u Homologo (a)**

Número exterior: **135**

Municipio/Alcaldía: **Iztacalco**

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

Colonia/Localidad: **Santa Anita**

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

Código postal: **08300**

Especifique función principal: **Administración de Recursos Humanos**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Febrero de 2020**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 6750**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud t iii dr. José Zozaya**

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

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

Fecha de ingreso: **17 de Agosto de 2005**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2007**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **C.S. t ii Licenciado Gabriel Ramos Millan**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Unidad Medica d**

Especifique función principal: **Administración de Recursos Humanos**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 207**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2008**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **C.S. Tiii dr Manuel Pesqueira**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Atención Medica d**

Especifique función principal: **Administración de Recursos Humanos**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2009**

Fecha de egreso: **31 de Octubre de 2013**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud t iii dr. José Zozaya**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefede Atencion Medica d**

Especifique función principal: **Administración de Recursos Humanos**

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2013**

Fecha de egreso: **31 de Marzo de 2015**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **C.S. t iii dr. Luis Mazzotti Galindo**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2007**

Fecha de egreso: **15 de Febrero de 2020**

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): **489,071.00**

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): **489,071.00**

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.

Tipo de inmueble: **Casa**

Forma de adquisición: **COMPRA VENTA**

Titular del inmueble: **Declarante**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Porcentaje de propiedad del declarante conforme a escrituración o contrato: **100%**

Fecha de adquisición: **29 de Junio de 2011**

Superficie del terreno: **77.00 - Metro cuadrado**

¿El valor de adquisición del inmueble es conforme a?: **Escritura Pública**

Superficie de construcción: **95.00 - Metro cuadrado**

Identificación del Transmisor (solamente si es persona moral): **Moral**

Forma de pago: **CRÉDITO**

Nombre, denominación o razón social de quien se adquirió el inmueble: **Promotora de Viviendas Integrales S.A. de c.v**

Valor de adquisición: **912,000.00**

RFC de quien adquirió el inmueble: **PVI020927QR3**

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.

Tipo de vehículo: **Automóvil/ Motocicleta**

Titular del vehículo: **Declarante**

Modelo: **Otro**

Porcentaje: **100**

Año: **2008**

Transmisor (solamente si es persona moral): **Moral**

Valor de adquisición: **165,630.00**

Razón social (solamente si es persona moral): **Distribuidora Satelite, S.A. de c.v**

Forma de adquisición: **Compra Venta**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **DSA700324JG2**

Forma de pago: **Crédito**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición del vehículo: **18 de Enero de 2008**

Marca: **VOLSWAGEN**

Tipo de vehículo: **Automóvil/ Motocicleta**

Titular del vehículo: **Declarante**

Modelo: **Otro**

Porcentaje: **100**

Año: **2013**

Transmisor (solamente si es persona moral): **(Ninguno)**

Valor de adquisición: **0.00**

Razón social (solamente si es persona moral): **(Ninguno)**

Forma de adquisición: **Donación**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **(Ninguno)**

Forma de pago: **no Aplica**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición del vehículo: **8 de Noviembre de 2014**

Marca: **CHEVROLET**

(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.

Institución o razón social: **Banco Mercantil del Norte S.A.**

R.F.C. De la institución: **BMN930209927**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Bancaria**

Subtipo de inversión: **Cuenta de Nómina**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: **Declarante**

¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:
México, Ciudad de México

Institución o razón social: **Bbva Bancomer S.A.**

R.F.C. De la institución: **BBA830831LJ2**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Bancaria**

Subtipo de inversión: **Cuenta Maestra**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: **Declarante**

¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:
México, Hidalgo

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

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Crédito Hipotecario**

Monto original del adeudo / pasivo: **646,871.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **27 de Junio de 2011**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **BBA830831LJ2**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Bbva Bancomer,Sa.**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Ciudad de México**

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Tarjeta de Crédito Bancaria**

Monto original del adeudo / pasivo: **7,831.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **13 de Diciembre de 2020**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **BBA830831LJ2**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Bbva Bancomer,Sa.**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Ciudad de México**

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Tarjeta de Crédito Departamental**

Monto original del adeudo / pasivo: **6,899.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **28 de Noviembre de 2020**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **SRM4711069N3**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Sears Operadora de Mexico S.A.De c.v**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Ciudad de México**

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)

Nombre del programa: **Benito Juarez**

Institución que otorga el apoyo: **Coordinacion Nacional de Becas Para el Bien Estar**

Tipo de apoyo: **Otro**

Otro tipo de apoyo: **Beca**

Nivel u orden de gobierno: **Federal**

Forma de recepción del apoyo: **Monetario**

Monto aproximado del apoyo mensual: **3,200.00**

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