



Declaración pública **Declaración inicial** de **RAUL ESTRADA MENDOZA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicio de Medios Públicos de la Ciudad de México** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Raul Estrada Mendoza**

Correo electrónico institucional: **lyremwell@live.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medicina**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **10 de Marzo de 2016**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialista en Administración Gerontologica**

Institución educativa: **Facultad de Administración y Contaduría Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **5 de Octubre de 2023**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Estudios de Bioética**

Institución educativa: **Facultad de Bioética Universidad Anahuac de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **3 de Septiembre de 2021**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Servicio de Medios Públicos de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Imss-Bienestar**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 2023**

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

Calle: **Avenida Telecomunicaciones**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Chinampac de Juárez**

Código postal: **09208**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6802**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Coordinación de Areas de Servicios Urbanos y Mantenimiento**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Territorial Paraje san Juan Delegacion Iztapalapa

Fecha de ingreso: **16 de Enero de 2017**

Área de adscripción / Área: **Subdirección de Servicios Urbanos y Mantenimiento**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 2017**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Grupo Torre Medica Hospital Valle

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2018**

Área de adscripción / Área: **Hospitalizacion / Urgencias**

Fecha de egreso: **1 de Febrero de 2019**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Departamento Medico-Geriatrico**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Coordinacion del Area Medico-Geriatrica del Asilo**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Centro Nacional Modelo de Atencion, Investigacion y Capacitacion Gerontologico Arturo Mundet

Fecha de ingreso: **16 de Enero de 2019**

Área de adscripción / Área: **Departamento Medico Geriatrico**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2020**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Consulta General**

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

Fecha de ingreso: **16 de Mayo de 2020**

Área de adscripción / Área: **Area Covid**

Fecha de egreso: **31 de Agosto de 2022**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Consulta General**

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

Fecha de ingreso: **1 de Septiembre de 2022**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud T-lli Quetzalcoatl**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2023**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **256,958.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

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

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **256,958.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**