

Declaración pública **Declaración de modificación** de **ROBERTO BUSTILLOS DE CIMA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Roberto Bustillos de Cima**

Correo electrónico institucional: **robertobustillos.ssdf@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **en Administración en Organizaciones de la Salud**

Institución educativa: **Universidad la Salle, A.C.**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **15 de Abril de 2016**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Administración de Organizaciones de la Salud**

Institución educativa: **Universidad la Salle, A.C.**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **20 de Febrero de 2017**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **15 de Noviembre de 2004**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Clinica de Especialidades 4**

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

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

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Febrero de 2011**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Francisco Diaz Covarrubias**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **23**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **san Rafael**

Código postal: **06470**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Ámbito / Sector en el que laboraste: Público	Empleo cargo o comisión / Puesto: Director Clínica de Medicina Familiar "5 de Febrero"
Nivel / Orden de gobierno: Estatel	Especifique función principal: Áreas Técnicas
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: Issste	Fecha de ingreso: 16 de Octubre de 2015
Área de adscripción / Área: Issste Delegación Norte	Fecha de egreso: 15 de Enero de 2019
	Lugar donde se ubica: México
Ámbito / Sector en el que laboraste: Público	Empleo cargo o comisión / Puesto: Subdirector de Modelos de Atención Domiciliaria
Nivel / Orden de gobierno: Estatel	Especifique función principal: Áreas Técnicas
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México	Fecha de ingreso: 16 de Mayo de 2013
Área de adscripción / Área: Coordinación de Atención Domiciliaria	Fecha de egreso: 15 de Octubre de 2015
	Lugar donde se ubica: México
Ámbito / Sector en el que laboraste: Público	Empleo cargo o comisión / Puesto: Medico Coordinador del Programa Angel
Nivel / Orden de gobierno: Estatel	Especifique función principal: Áreas Técnicas
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México	Fecha de ingreso: 16 de Octubre de 2011
Área de adscripción / Área: Coordinación de Atención Domiciliaria	Fecha de egreso: 15 de Mayo de 2013
	Lugar donde se ubica: México
Ámbito / Sector en el que laboraste: Público	Empleo cargo o comisión / Puesto: Médico de Visitas Domiciliarias
Nivel / Orden de gobierno: Estatel	Especifique función principal: Áreas Técnicas
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México	Fecha de ingreso: 1 de Febrero de 2011
Área de adscripción / Área: Dirección de Atención Médica	Fecha de egreso: 15 de Octubre de 2011
	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): **497,890.00**

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): **497,890.00**