



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ROBERTO CARLOS CRUZ GOMEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Roberto Carlos Cruz Gomez**

Correo electrónico institucional: **seemanro82@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Institución educativa: **Universidad Autónoma Metropolitana**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **11 de Noviembre de 2016**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital General Torre Médica Tepepan**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Noviembre de 2007**

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

Calle: **la Joya**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Xochimilco**

Colonia/Localidad: **Santa María Tepepan**

Código postal: **16020**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5556412473 - 119**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera General Titulada a**

Especifique función principal: **Otro - Cuidado de la Salud**

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2020**

Fecha de egreso: **29 de Abril de 2022**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera General Titulada a**

Especifique función principal: **Otro - Cuidado de la Salud**

Fecha de ingreso: **15 de Mayo de 2020**

Fecha de egreso: **28 de Agosto de 2020**

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): **322,526.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **5,789.00**

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): **5,789.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **DOCENTE**

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): **328,315.00**