



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ALBERTO LEÓN CRUZ** 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): **Alberto León Cruz**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **15 de Marzo de 2001**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Pediatría**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **10 de Enero de 2008**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialista en Medicina /Cirugia Pediatrica**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **9 de Octubre de 2008**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital General Ticoman**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Medico Pediatra**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2021** Teléfono de oficina y extensión: **5551194403**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Plan de san Luis**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

Colonia/Localidad: **Santa María Ticomán**

Código postal: **07330**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Especialista Galene Salud a**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Medico Cirujano Peditra**

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

Fecha de ingreso: **16 de Julio de 2016**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 2024**

Área de adscripción / Área: **Hospital Pediatrico Peralvillo**

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): **420,567.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **574,214.00**

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): **247,328.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **CONSULTAS MEDICAS, CIRUGIAS PEDIATRICAS**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **0.00**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **326,886.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **cirujano peditra en Hospital pediátrico Peralvillo**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **994,781.00**