



Declaración pública **Declaración de modificación** de **GABRIEL HERRERA HERNANDEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2025**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Gabriel Herrera Hernandez**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Ulsa**

Fecha: **10 de Septiembre de 2009**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **16 de Enero de 2014**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Plan de san Luis y Diaz Miron**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Secretaria de Salud, Hospital Ruben Leñero**

Número exterior: **sn**

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

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

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

Colonia/Localidad: **Santo Tomas**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Especialista en la Salud b**

Código postal: **11340**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Marzo de 2015** Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Salud
Área de adscripción / Área: **Hospital General dr Ruben Leñero**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Especialista de la Salud b**
Especifique función principal: **Otro - Medico**
Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2015**
Fecha de egreso: **29 de Mayo de 2024**
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 Mexicano del Seguro Social
Área de adscripción / Área: **Hospital General de Zona 24**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico**
Especifique función principal: **Otro - Medico**
Fecha de ingreso: **16 de Mayo de 2014**
Fecha de egreso: **29 de Mayo de 2024**
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): **383,479.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **1,066,836.00**

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

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **153,200.00**

TIPO DE INSTRUMENTO QUE GENERÓ EL RENDIMIENTO O GANANCIA **FONDOS DE INVERSIÓN**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **169,715.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **consultas medicas**

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

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **743,921.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **imss**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **1,450,315.00**