



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LEONARDO DAVID SALAS COLLADO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno CDMX** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Leonardo David Salas Collado**

Correo electrónico institucional: **dleonardosalas499@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Fecha: **16 de Junio de 2019**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno Cdmx**

Área de adscripción: **Coordinación de Evaluación Técnico Normativa y Cuidados Personales**

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

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Certificante/Responsable de Sistema de Información**

Especifique función principal: **Otro - Médico Certificante/Responsable Sistema de Información**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Mayo de 2020**

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: **Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México**

Área de adscripción / Área: **Coordinación de Evaluación Técnico Normativa**

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

Calle: **Insurgentes**

Número interior: **na**

Número exterior: **423**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **san Simón Tolnáhuac**

Código postal: **06920**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Certificante/Responsable de Sistema de Información**

Especifique función principal: **Otro - Medico Certificante/Reponsable de Sistema de Información**

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

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2021**

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): **212,288.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **125,436.00**

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): **125,436.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **MÉDICO**

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): **337,724.00**