



Declaración pública **Declaración de modificación** de **SERGIO HERNANDEZ RAMIREZ** en el puesto **SUBDIRECTOR "A" U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Sergio Hernandez Ramirez**

Correo electrónico institucional: **shernandez@sersalud.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Salud Publica**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas ac**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **19 de Junio de 2018**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina Familiar**

Institución educativa: **Instituto Mexicano del Seguro Social/ Secretaria de Educacion Publica**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **28 de Febrero de 1991**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **22 de Mayo de 1986**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Servicios de Salud Publica de la Cdmx**

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

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

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

Especifique función principal: **Otro - Medico Operativo de Unidad de Salud**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2012**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Trigo**

Número interior: **sin Numero**

Número exterior: **129**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Granjas Esmeralda**

Código postal: **09810**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 6805**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Publica del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Iztapalapa / Centro de Salud**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico de Modulo Interino/ Medico General a**

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

Fecha de ingreso: **16 de Septiembre de 1992**

Fecha de egreso: **30 de Noviembre de 2004**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Publica del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Iztapalapa / Centro de Salud**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico de Modulo Base / Medico General a**

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

Fecha de ingreso: **1 de Diciembre de 2004**

Fecha de egreso: **15 de Septiembre de 2011**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Publica del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Iztapalapa / Centro de Salud**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico de Modulo Base / Medico General b**

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

Fecha de ingreso: **16 de Septiembre de 2011**

Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 2012**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Publica del Distrito Federal

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Iztapalapa / Centro de Salud**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico de Modulo Base / Medico Especialista a**

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

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2012**

Fecha de egreso: **30 de Diciembre de 2020**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante, pareja y/o dependientes económicos

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): **626,751.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **475,407.00**

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): **475,407.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO POR JUBILACION DEL IMSS

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **1,102,158.00**

Bienes inmuebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

(NINGUNO)

Tipo de inmueble: **Terreno**

Titular del inmueble: **Declarante**

Porcentaje de propiedad del declarante conforme a escrituración o contrato:
100%

Forma de adquisición: **COMPRA VENTA**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Superficie del terreno: **1,639.00 - Metro cuadrado**

Fecha de adquisición: **20 de Junio de 1994**

Superficie de construcción: **0.00 - Metro cuadrado**

¿El valor de adquisición del inmueble es conforme a?: **Contrato**

Forma de pago: **CRÉDITO**

Valor de adquisición: **81,950.00**

Bienes muebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Vehículos

Todos los datos de vehículos declarados a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

Tipo de vehículo: **Automóvil/ Motocicleta**

Titular del vehículo: **Declarante**

Modelo: **Otro**

Porcentaje: **100**

Año: **2015**

Transmisor (solamente si es persona moral): **Moral**

Valor de adquisición: **201,000.00**

Razón social (solamente si es persona moral): **Toyocoapa s de rl de cv**

Forma de adquisición: **Compra Venta**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **TOY0507283C5**

Forma de pago: **Crédito**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición del vehículo: **28 de Julio de 2015**

Marca: **TOYOTA**

(NINGUNO)

Inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos

Todos los datos de las inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos.

Institución o razón social: **Banco Nacional de Mexico**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

R.F.C. De la institución: **BMN840515VB1**

Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Bancaria**

¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:
México, Ciudad de México

Subtipo de inversión: **Depósito a Plazos**

Adeudos / Pasivos

Todos los datos de los adeudos / pasivos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos

No aplica

Préstamo o comodato por terceros

No aplica

II. DECLARACIÓN DE INTERESES

Participación en empresas, sociedades o asociaciones (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en empresas, sociedades o asociaciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

¿Participa en la toma de decisiones de alguna de estas instituciones? (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en alguna de estas instituciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Apoyos o beneficios públicos (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Representación (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de representación de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Clientes principales (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de clientes principales de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Beneficios privados (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Participación en Fideicomisos (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de participación en fideicomisos de pareja o dependiente economico no serán públicos.

No aplica