



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LETICIA HERNANDEZ SANCHEZ** en el puesto **DIRECTOR "B" U HOMOLOGO(A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

---

#### **I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL**

##### **Datos generales del declarante**

Nombre(s): **Leticia Hernandez Sanchez**

Correo electrónico institucional: **lehesa67@hotmail.com**

##### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **21 de Julio de 1991**

---

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Administración de Instituciones de Salud**

Institución educativa: **Universidad la Salle**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **22 de Septiembre de 2005**

---

##### **Datos del empleo, cargo o comisión**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Dirección Jurisdiccional**

Empleo, cargo o comisión: **Director "b" u Homologo(A)**

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Director**

Especifique función principal: **Otro - Administración Pública de Atención Médica en Primer Nivel**

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

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

Calle: **Cedro**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **4**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Santa María la Ribera**

Código postal: **06400**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6101**

##### **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:  
**Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**  
Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Azcapotzalco**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Directora Jurisdiccional de Azcapotzalco**  
Especifique función principal: **Otro - Administración Publica de Atención Médica en Primerr Nivel**  
Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2017**  
Fecha de egreso: **24 de Junio de 2021**  
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**  
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**  
Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Director de Área "a" Jurisdiccion v. Carranza**  
Especifique función principal: **Otro - Administración Publica de Atención Médica en Primerr Nivel**  
Fecha de ingreso: **1 de Diciembre de 2012**  
Fecha de egreso: **30 de Julio de 2017**  
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**  
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Servicios de Salud Pública del Distrito Federal**  
Área de adscripción / Área: **Atención Médica**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirectora de Apoyo al Diagnostico y Tratamiento**  
Especifique función principal: **Otro - Administración y Rectoría en Atención Médica y Auxiliares**  
Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2005**  
Fecha de egreso: **1 de Diciembre de 2012**  
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**  
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Servicios de Salud Pública de la Ciudad e México**  
Área de adscripción / Área: **Dirección del Centro de Salud**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Directora del Centro de Salud dr. Maximiliano Ruiz Castañeda**  
Especifique función principal: **Otro - Administración del Centro de Salud en Atención Médica**  
Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2004**  
Fecha de egreso: **1 de Agosto de 2005**  
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**  
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**  
Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria Miguel Hidalgo**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirectora de Medicina Preventiva y Epidemiología**  
Especifique función principal: **Otro - Planear, Ejecutar y Evaluar los Programas de Vigilancia Epidemiologica. Medicina Preventiva de los Sistemas Operacionales de Información e Insumos.**  
Fecha de ingreso: **16 de Noviembre de 2000**  
Fecha de egreso: **30 de Noviembre de 2002**  
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): **838,892.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **0.00**

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): **0.00**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **838,892.00**

#### **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.

No aplica

#### **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: **Honda Cr-V**

Porcentaje: **100**

Año: **2018**

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

Valor de adquisición: **474,900.00**

Razón social (solamente si es persona moral): **(Ninguno)**

Forma de adquisición: **Compra Venta**

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

Forma de pago: **Crédito**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición del vehículo: **14 de Marzo de 2019**

Marca: **HONDA**

---

#### **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.

No aplica

#### **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

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Tarjeta de Crédito Bancaria**

Monto original del adeudo / pasivo: **4,500.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **15 de Enero de 2003**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **(Ninguno)**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **(Ninguno)**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Ciudad de México**

---

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Crédito Automotriz**

Monto original del adeudo / pasivo: **362,623.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **20 de Marzo de 2019**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **(Ninguno)**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **(Ninguno)**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Ciudad de México**

---

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Tarjeta de Crédito Bancaria**

Monto original del adeudo / pasivo: **4,089.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **6 de Marzo de 2020**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **CFA950628CAA**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Tarjetas Banamex sa de cv Sofom er**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Ciudad de México**

---

#### **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