



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ARMANDO LEDEZMA SERRANO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

---

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

### **Datos generales del declarante**

Nombre(s): **Armando Ledezma Serrano**

Correo electrónico institucional: **armandoledezmaserrano@outlook.com**

### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Primaria**

Carrera: **Primaria.**

Institución educativa: **Secretaria de Educacion Publica**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Junio de 1986**

---

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Secundaria**

Institución educativa: **Secretaria de Educacion Publica**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **2 de Julio de 1990**

---

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Bachillerato**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Fecha: **17 de Julio de 1990**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Fecha: **30 de Enero de 2000**

---

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialista en Areas de la Salud**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Febrero de 2007**

---

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital Comunitario Emiliano Zapata**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Noviembre de 2019**

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

Calle: **Cuco Sanchez**

Número interior: **0**

Número exterior: **mz 143 Lote 1 no. 71**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Ampliación Emiliano Zapata**

Código postal: **09638**

Entidad federativa: **None**

Teléfono de oficina y extensión: **5526353671 - 000**

#### **Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

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 53**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Especialista.**

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

Fecha de ingreso: **17 de Julio de 2007**

Fecha de egreso: **9 de Julio 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): **1,009,023.00**

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): **1,009,023.00**