



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ISIDRO PORRAS TELLEZ** en el puesto **COORDINADOR "B" U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Isidro Porras Tellez**

Correo electrónico institucional: **drporrast@yahoo.com.mx**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Lic. Médico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Facultad de Medicina U.N.A.M.**

Fecha: **6 de Abril de 2000**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Tec. Urgencias Medicas Básicas**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Dirección General de Servicios Medicos U.N.A.M.**

Fecha: **1 de Noviembre de 1993**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Tec. en Histopatología**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Nacional Preparatoria U.N.A.M.**

Fecha: **22 de Octubre de 1991**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Nacional Preparatoria U.N.A.M.**

Fecha: **7 de Octubre de 1991**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Técnica 43 S.E.P**

Fecha: **30 de Junio de 1987**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Esc. Prim. República de Nicaragua S.E.P.**

Fecha: **29 de Junio de 1984**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estat**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Secretaría de Salud de la Cdmx**

Empleo, cargo o comisión: **Coordinador "b" u Homólogo (a)**

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **1077 Médico Regulador y de Atención Prehospitalaria**

Especifique función principal: **Otro - . Gestionar, Coordinar y Registrar en los Formatos Correspondientes, Todas las Actividades de los Procesos Relacionados con el Acto Médico de la Regulación Médica, Proveer Atención Médica Prehospitalaria a Todos los Usuarios que así lo Soliciten**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Mayo de 2013**

**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: **I.S.S.S.T.E-Secretaría de la Función Pública**

Área de adscripción / Área: **Órgano Interno de Control en el I.S.S.S.T.E**

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

Calle: **Stand de Tiro**

Número interior: **n/a**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

Colonia/Localidad: **Aeronáutica Militar**

Código postal: **15970**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5557685898**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Profesional Administrativo a**

Especifique función principal: **Auditoría, Control Interno, Fiscalización, Vigilancia, Interventoría, Inspección**

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2016**

Fecha de egreso: **31 de Julio de 2017**

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: **Hospital Juárez de México O.D.**

Área de adscripción / Área: **Escuela de Enfermería Secretaría de Salud**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Profesor de Asignatura**

Especifique función principal: **Otro - Docente Nivel Licenciatura en las Asignaturas de Morfología Humana y Farmacología Clínica, Profesor de Tiempo Parcial**

Fecha de ingreso: **6 de Junio de 2012**

Fecha de egreso: **29 de Octubre de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Fundación Best**

Área de adscripción / Área: **Consultorio en Comodato**

R.F.C. (Si es sector privado): **FBE99021772A**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

Fecha de ingreso: **13 de Abril de 2002**

Fecha de egreso: **6 de Mayo de 2010**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

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): **211,283.00**

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): **211,283.00**

#### **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.

No aplica

#### **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

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)**

Nombre del programa: **Pensión Universal Para Personas Adultos Mayores** Nivel u orden de gobierno: **Federal**  
Institución que otorga el apoyo: **Secretaría del Bienestar** Forma de recepción del apoyo: **Monetario**  
Tipo de apoyo: **Subsidio** Monto aproximado del apoyo mensual: **18,600.00**

---

Nombre del programa: **Pensión Universal Para Personas Adultos Mayores** Nivel u orden de gobierno: **Federal**  
Institución que otorga el apoyo: **Secretaría del Bienestar** Forma de recepción del apoyo: **Monetario**  
Tipo de apoyo: **Subsidio** Monto aproximado del apoyo mensual: **18,600.00**

---

**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 económico no serán públicos.

No aplica