



Declaración pública **Declaración inicial** de **ALEJANDRO MIRANDA PALESTINO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Alejandro Miranda Palestino**

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

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Alta Especialidad en Cirugía de Columna Vertebral**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **28 de Febrero de 2022**

---

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Ortopedia**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **29 de Febrero de 2020**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Diciembre de 2015**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital General Topilejo**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Marzo de 2021** Teléfono de oficina y extensión: **5558480870 - 1180**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Calzada Santa Cruz**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **1**

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

Colonia/Localidad: **san Miguel Topilejo**

Código postal: **14500**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

Área de adscripción / Área: **Hospital Centro Medico Nacional 20 de Noviembre**

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

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

Fecha de ingreso: **15 de Mayo de 2020**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre 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:  
**Grupo Torre Medica**

Área de adscripción / Área: **Ortopedia**

R.F.C. (Si es sector privado): **CHH181108R71**

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

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2018**

Fecha de egreso: **1 de Mayo de 2020**

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

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:  
**Secretaria de Salud**

Área de adscripción / Área: **Instituto Nacional de Rehabilitacion**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Residente**

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

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2016**

Fecha de egreso: **29 de Febrero de 2020**

Lugar donde se ubica: **México**

---

#### Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **35,232.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **35,232.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **Si**

Fecha de inicio: **(Ninguno)**

Fecha de salida: **(Ninguno)**

I - REMUNERACIÓN ANUAL NETA DEL DECLARANTE POR SU CARGO PÚBLICO (POR CONCEPTO DE SUELDOS, HONORARIOS, COMPENSACIONES, BONOS, AGUINALDOS Y OTRAS PRESTACIONES) (CANTIDADES NETAS DESPUÉS DE IMPUESTOS): **(Ninguno)**

II - OTROS INGRESOS DEL DECLARANTE, RECIBIDOS DURANTE EL TIEMPO EN EL QUE SE DESEMPEÑÓ COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR (SUMA DEL II.1 AL II.5): **(Ninguno)**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **(Ninguno)**

A. Ingreso neto del declarante recibido en el año inmediato anterior (suma del numeral I y II): **(Ninguno)**