



Declaración pública **Declaración de modificación** de **VICTOR CUACUAS CANO** en el puesto **DIRECTOR "B" U HOMOLOGO(A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Victor Cuacuas Cano**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medicina**

Institución educativa: **Benemerita Universidad Autonoma de Puebla**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **29 de Octubre de 1993**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Alta Direccion**

Institución educativa: **Centro de Posgrado del Estado de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Trunco**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Urgencias Medico Quirúrgicas**

Institución educativa: **Secretaria de Salud de la Ciudad de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **28 de Febrero de 1996**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina de Reanimacion**

Institución educativa: **Secretaria de Salud del Gobierno de la Cdmx**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **28 de Febrero de 1997**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital General Xoco**

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 - Direccion Hospital General Xoco**

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

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

Calle: **Avenida Mexico Coyoacan**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Benito Juárez**

Colonia/Localidad: **General Pedro María Anaya**

Código postal: **03340**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5556889131**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Especialista a**
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal** Especifique función principal: **Atención Directa al Público**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2000**
Secretaría de Salud Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2008**
Área de adscripción / Área: **Hospital General Xoco** Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Especialista b**
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal** Especifique función principal: **Atención Directa al Público**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2009**
Secretaría de Salud Fecha de egreso: **1 de Enero de 2017**
Área de adscripción / Área: **Hospital** Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Especialista b**
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal** Especifique función principal: **Atención Directa al Público**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2017**
Secretaría de Salud Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 2019**
Área de adscripción / Área: **Hospital General Xoco** Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirector Médico**
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal** Especifique función principal: **Atención Directa al Público**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2015**
Secretaría de Salud Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2016**
Área de adscripción / Área: **Hospital General Balbuena** Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico no Familiar**
Nivel / Orden de gobierno: **Federal** Especifique función principal: **Atención Directa al Público**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 1998**
Instituto Mexicano del Seguro Social Fecha de egreso: **1 de Junio de 2021**
Área de adscripción / Área: **Hospital General Regional Numero 1 dr. Carlos Mcgregor Sanchez Navarro / Urgencias** 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): **1,465,118.00**

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): **1,465,118.00**

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)

(NINGUNO)

Tipo de inmueble: **Casa**

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: **144.00 - Metro cuadrado**

Fecha de adquisición: **29 de Octubre de 2012**

Superficie de construcción: **101.00 - Metro cuadrado**

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

Forma de pago: **CRÉDITO**

Valor de adquisición: **870,000.00**

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: **a3**

Porcentaje: **100**

Año: **2019**

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

Valor de adquisición: **465,402.00**

Razón social (solamente si es persona moral): **Alsen Center sa de cv**

Forma de adquisición: **Compra Venta**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **ACE080909LI7**

Forma de pago: **Contado**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición del vehículo: **27 de Octubre de 2018**

Marca: **AUDI**

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.

(NINGUNO)

(NINGUNO)

(NINGUNO)

Institución o razón social: **Seguros Monterrey new York Life, S.A. de C.V.**

R.F.C. De la institución: **SMN930802FN9**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Seguros**

Subtipo de inversión: **Seguro de Separación Individualizado**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

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

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

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**

Fecha de adquisición: **23 de Enero de 2019**

Porcentaje: **100**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **CEF721226EH7**

Tipo de adeudo: **Crédito Hipotecario**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

Monto original del adeudo / pasivo: **1,209,000.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Puebla**

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 económico no serán públicos.

No aplica