



Declaración pública **Declaración de modificación** de **HUMBERTO GUDIÑO SOLORIO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Humberto Gudiño Solorio**

Correo electrónico institucional: **humsugvan1981@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina Interna**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Fecha: **8 de Mayo de 2005**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Educacion**

Institución educativa: **Universidad del Valle de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Febrero de 2014**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Alta Dirección**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **31 de Diciembre de 2018**

Nivel: **Doctorado**

Carrera: **Alta Dirección en Establecimientos de Salud**

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

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **31 de Diciembre de 2020**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Clinica Especializada Condesa**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Espacialista a**

Especifique función principal: **Otro - Medico**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2011** Teléfono de oficina y extensión: **25636748**

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

Calle: **Benjamin Hill**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **24**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Condesa**

Código postal: **06140**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Salud

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2011**

Área de adscripción / Área: **Clinica Especializada Condesa**

Fecha de egreso: **31 de Mayo 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): **567,179.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **832,416.00**

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): **832,416.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **MEDICO IMSS, PROFESOR UNAM, PROFESOR LASALLE, VICEPRESIDENTE ASOCIACION MEDICA MEXICANA DE VIH/SIDA AC.**

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): **1,399,595.00**