



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LEOBARDO SAAVEDRA SALAZAR** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Leobardo Saavedra Salazar**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina Forense**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Fecha: **7 de Julio de 2015**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Médico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autónoma Metropolitana**

Fecha: **12 de Diciembre de 2012**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Avenida Insurgentes Norte**

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

Número interior: **Piso 20**

Área de adscripción: **Secretaría de Salud de la Ciudad de México**

Número exterior: **423**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Coordinador en Áreas de la Salud c**

Código postal: **06900**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Abril de 2022** Teléfono de oficina y extensión: **5551321200 - 1034**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**  
Empleo cargo o comisión / Puesto: **Perito Profesional en Medicina Forense**  
Nivel / Orden de gobierno: **Federal**  
Especifique función principal: **Otro - Perito Profesional Ejecutivo b en la Especialidad de Medicina Forense**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Fiscalía General de la República**  
Fecha de ingreso: **16 de Junio de 2021**  
Área de adscripción / Área: **Coordinacion General de Servicios Periciales**  
Fecha de egreso: **31 de Agosto de 2021**  
Lugar donde se ubica: **México**

---

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**  
Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Dictaminador**  
Nivel / Orden de gobierno: **Federal**  
Especifique función principal: **Otro - Dictamen Médico en el Área de Medicamentos Alopáticos**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Comisión Federal Para la Protección Contra Riesgos Sanitarios**  
Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2017**  
Área de adscripción / Área: **Comisión de Autorización Sanitaria**  
Fecha de egreso: **31 de Enero de 2021**  
Lugar donde se ubica: **México**

---

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado**  
Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Promediqh**  
Fecha de ingreso: **7 de Noviembre de 2016**  
Área de adscripción / Área: **Medicina**  
Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2017**  
R.F.C. (Si es sector privado): **ASS020712PU9**  
Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**  
Lugar donde se ubica: **México**

---

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado**  
Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Fundación Best, S.A. de C.V.**  
Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2013**  
Área de adscripción / Área: **Salud**  
Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2015**  
R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**  
Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**  
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): **172,282.00**

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): **172,282.00**