



Declaración pública **Declaración de modificación** de **HUMBERTO MEDRANO VEGA** en el puesto **DIRECTOR "B" U HOMOLOGO(A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en 2023

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Humberto Medrano Vega**

Correo electrónico institucional: **hmedranov@sersalud.cdmx.gob.mx**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad Justo Sierra**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Junio de 2006**

---

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Salud Publica**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **6 de Febrero de 2023**

---

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Administración de Hospitales y Salud Publica**

Institución educativa: **Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **12 de Mayo de 2015**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Jurisdiccion Sanitaria Tlahuac**

Empleo, cargo o comisión: **Director "b" u Homologo(A)**

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Jefe de Unidad de Atención Medica d**

Especifique función principal: **Administración de Bienes**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2021** Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 7490**

**Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

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

Calle: **Cecilio Acosta**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

Colonia/Localidad: **Zapotitla**

Código postal: **13310**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Cruz Roja Mexicana**

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2006**

Fecha de egreso: **1 de Diciembre de 2006**

Área de adscripción / Área: **Urgencias**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatel**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Clinica Hospital Toxicologica Venustiano Carranza**

Fecha de ingreso: **12 de Diciembre de 2006**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2010**

Área de adscripción / Área: **Urgencias**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatel**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Instituto de Salud del Estado de Mexico**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2011**

Fecha de egreso: **25 de Mayo de 2023**

Área de adscripción / Área: **Urgencias**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatel**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Instituto de Salud del Estado de Mexico**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2011**

Fecha de egreso: **25 de Mayo de 2023**

Área de adscripción / Área: **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): **357,120.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **397,000.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **270,000.00**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL **INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO**  
TIPO DE NEGOCIO **PUBLICO**

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **127,000.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **PRIVADO**

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): **754,120.00**

#### 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)**

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 economico no serán públicos.

No aplica