



Declaración pública **Declaración de modificación** de **VERÓNICA ALEJANDRA RENDON MEDINA** en el puesto **DIRECTOR GENERAL "A" 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): **Verónica Alejandra Rendon Medina**

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

### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Salud Publica**

Estatus: **Finalizado**

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

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **22 de Junio de 2018**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medica Cirujana**

Estatus: **Finalizado**

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

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **4 de Junio de 2004**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Analisis Clinicos**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Colegio de Ciencias y Humanidades- Unam**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **1 de Abril de 1996**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Media Superior**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Colegio de Ciencias y Humanidades- Unam**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **26 de Mayo de 1998**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **sep**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **1 de Julio de 1994**

Ubicación: **México**

---

### **Datos del empleo, cargo o comisión**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatat**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Centro de Salud T-iii Lago Cardiel**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Jefe de Unidad de Atención Médica c**

Especifique función principal: **Otro - Médico General**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Agosto de 2013**

#### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México**

Área de adscripción / Área: **Birmex Cuautitlan**

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

Calle: **Lago Cardiel**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **61**

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

Colonia/Localidad: **Argentina Antigua**

Código postal: **11270**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 7360**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar Administrativo**

Especifique función principal: **Otro - Filtro de Personal**

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2021**

Fecha de egreso: **31 de Marzo de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatat**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Imss Oportunidades**

Área de adscripción / Área: **Unidad Médica el Ocotal i**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

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

Fecha de ingreso: **16 de Mayo de 2005**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2007**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Farmacias Similares**

Área de adscripción / Área: **Farmacias Similares Tyeyahualco**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2006**

Fecha de egreso: **30 de Mayo de 2007**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Farmacias gi**

Área de adscripción / Área: **Farmacias gi los Heroes Coacalco**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2004**

Fecha de egreso: **30 de Mayo de 2007**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **dif Municipal Apaxco**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Coyotillos**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

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

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2005**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2005**

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): **1,075,297.00**

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): **1,075,297.00**

**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.

|                                                                                         |                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo de inmueble: <b>Casa</b>                                                           | Forma de adquisición: <b>COMPRA VENTA</b>                                                                      |
| Titular del inmueble: <b>Declarante</b>                                                 | Tipo de moneda: <b>Peso Mexicano</b>                                                                           |
| Porcentaje de propiedad del declarante conforme a escrituración o contrato: <b>100%</b> | Fecha de adquisición: <b>1 de Septiembre de 2017</b>                                                           |
| Superficie del terreno: <b>42.00 - Metro cuadrado</b>                                   | ¿El valor de adquisición del inmueble es conforme a?: <b>Escritura Pública</b>                                 |
| Superficie de construcción: <b>121.00 - Metro cuadrado</b>                              | Identificación del Transmisor (solamente si es persona moral): <b>Moral</b>                                    |
| Forma de pago: <b>CRÉDITO</b>                                                           | Nombre, denominación o razón social de quien se adquirió el inmueble: <b>Corporación Inmobiliaria Coacalco</b> |
| Valor de adquisición: <b>1,090,067.00</b>                                               | RFC de quien adquirió el inmueble: <b>CIC881013E85</b>                                                         |

**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: <b>Automóvil/ Motocicleta</b>                | Modelo: <b>Otro</b>                                             |
| Titular del vehículo: <b>Declarante</b>                        | Año: <b>2022</b>                                                |
| Porcentaje: <b>100</b>                                         | Valor de adquisición: <b>466,900.00</b>                         |
| Transmisor (solamente si es persona moral): <b>(Ninguno)</b>   | Forma de adquisición: <b>Compra Venta</b>                       |
| Razón social (solamente si es persona moral): <b>(Ninguno)</b> | Forma de pago: <b>Crédito</b>                                   |
| R.F.C. (solamente si es persona moral): <b>(Ninguno)</b>       | Fecha de adquisición del vehículo: <b>28 de Febrero de 2022</b> |
| Tipo de moneda: <b>Peso Mexicano</b>                           |                                                                 |
| Marca: <b>CHEVROLET</b>                                        |                                                                 |

**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

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Fecha de adquisición: **28 de Febrero de 2022**

Porcentaje: **100**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **ACP030218MK5**

Tipo de adeudo: **Crédito Automotriz**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Gmfinacial de Mexico, s.a de c.v**

Monto original del adeudo / pasivo: **319,060.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Estado de México**

---

(NINGUNO)

---

(NINGUNO)

---

### 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