



Declaración pública **Declaración de conclusión** de **BLANCA RANGEL ISLAS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Blanca Rangel Islas**

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

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad Autonoma del Estado de Hidalgo**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Fecha: **26 de Junio de 2019**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medicina Integrada**

Institución educativa: **Universidad Autónoma de Chihuahua**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Fecha: **26 de Junio de 2019**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Subdirección de Atención Domiciliaria**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General b**

Especifique función principal: **Otro - Atención Medica**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2023** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700**

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

Calle: **Avenida Insurgentes nte**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **423**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Código postal: **06900**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Departamento**  
Nivel / Orden de gobierno: **Federal** Especifique función principal: **Otro - Labor de Supervisión**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2017**  
**Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades** Fecha de egreso: **31 de Marzo de 2019**  
Área de adscripción / Área: **sin Dato** Lugar donde se ubica: **México**

---

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Especilista**  
Nivel / Orden de gobierno: **Estatl** Especifique función principal: **Otro - Atención Medica en Urgencias**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2016**  
**Hospital General dr. Gregorio Salas** Fecha de egreso: **30 de Junio de 2017**  
Área de adscripción / Área: **Urgencias** Lugar donde se ubica: **México**

---

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Especialista**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2015**  
**Promedihq Prevencion Medica S.C.** Fecha de egreso: **30 de Abril de 2016**  
Área de adscripción / Área: **Consulta Externa** 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 Especialista**  
Nivel / Orden de gobierno: **Estatl** Especifique función principal: **Otro - Atención Medica**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2014**  
**Instituto de Salud del Estado de México de Chimalhuacan** Fecha de egreso: **31 de Julio de 2016**  
Área de adscripción / Área: **Medica** Lugar donde se ubica: **México**

---

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Unidad de Atención Medica d**  
Nivel / Orden de gobierno: **Estatl** Especifique función principal: **Otro - Administración, Gestión y Supervisión de Programas que se Llevan a Cabo en el Centro de Salud**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: Fecha de ingreso: **16 de Abril de 2019**  
**Servicios de Salud Publica de la Ciudad de México** Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2024**  
Área de adscripción / Área: **Jurisdicción Sanitaria de Coyoacan** Lugar donde se ubica: **México**

---

**Ingresos netos del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante, pareja y/o dependientes económicos**

I - Remuneración neta del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **89,164.00**

II - Otros ingresos del declarante (Suma del II.1 al II.5): **56,648.00**

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): **56,648.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **SERVICIO DE ATENCIÓN MEDICA**

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 del declarante del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión (suma del numeral I y II): **145,812.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **Si**

Fecha de inicio: **(Ninguno)**

Fecha de salida: **(Ninguno)**

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): **(Ninguno)**

II - Otros ingresos del declarante (Suma del II.1 al II.5): **(Ninguno)**

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

II.2 - Por actividad financiera (Después de impuestos): **(Ninguno)**

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

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **(Ninguno)**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **(Ninguno)**