



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LEONARDO DANIEL BLANCO LOY** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2024

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Leonardo Daniel Blanco loy**

Correo electrónico institucional: **archerwhite11@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Técnico Superior Universitario Paramedico**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Instituto Nórdico**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Técnico en Emergencias Médicas Avanzado**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Pideme**

Fecha: **20 de Noviembre de 2022**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Colegio de Bachilleres**

Fecha: **22 de Enero de 2020**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Estand de Tiro**

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

Número interior: **(Ninguno)**

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

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Colonia/Localidad: **Jardín Balbuena**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **latrotécnico**

Código postal: **15900**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 2023** Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Asistencia Medica Vital

Área de adscripción / Área: **Atención Prehospitalaria**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Operador/Paramédico**

Fecha de ingreso: **15 de Marzo de 2022**

Fecha de egreso: **26 de Mayo de 2023**

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

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:
Dirección Ejecutiva de Protección Civil Iztapalapa

Área de adscripción / Área: **Atención Prehospitalaria**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Operador/Paramédico**

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

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2019**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2022**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Maprosec S.A. de C.V.

Área de adscripción / Área: **Atención Prehospitalaria**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Operador/Paramédico**

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2018**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2018**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaria de Salud de la Ciudad de México

Área de adscripción / Área: **Centro Regulador de Urgencias Médicas**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2023**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2023**

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): **12,576.00**

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): **12,576.00**