



Declaración pública **Declaración de modificación** de **GUADALUPE RUBEN GORDILLO CASTAÑÓN** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Guadalupe Ruben Gordillo Castañón**

Correo electrónico institucional: **drrgordillo@yahoo.com.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **14 de Septiembre de 1990**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **C.S. T-li la Esmeralda**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Enero de 2023**

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

Calle: **Calle Oriente**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **171**

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

Colonia/Localidad: **la Esmeralda**

Código postal: **07540**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7070**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Coordinador de Apoyo Medico**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 2013**

Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 2019**

Área de adscripción / Área: **Clinica Hospital de san Cristobal de las Casas**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Regional del Issste Tuxtla Gutierrez Chiapas

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2012**

Fecha de egreso: **1 de Agosto de 2012**

Área de adscripción / Área: **Medicina General**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Issste Valle de Aragon

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 1996**

Fecha de egreso: **1 de Diciembre de 2011**

Área de adscripción / Área: **Medicina Familiar**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2022**

Fecha de egreso: **15 de Enero de 2024**

Área de adscripción / Área: **C.S. T-li la Esmeralda**

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): **563,475.00**

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): **563,475.00**