

Declaración pública **Declaración de modificación** de **SONIA TORRES GONZALEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Sonia Torres Gonzalez**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **3 de Febrero de 1997**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Dermatología**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **23 de Octubre de 2003**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Dermatooncología y Cirugía Dermatológica**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **28 de Marzo de 2003**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **dr. Vertiz**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Centro Dermatológico dr Ladislao de la Pascua**

Número exterior: **464**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Buenos Aires**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Especialista**

Código postal: **06780**

Especifique función principal: **Otro - Medico Especialista**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Septiembre de 2003**

Teléfono de oficina y extensión: **5555193001 - 221**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Consulta Privada

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2002**

Fecha de egreso: **20 de Mayo de 2021**

Área de adscripción / Área: **Consulta Privada**

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

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

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): **733,103.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **259,600.00**

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): **259,600.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **consulta médica**

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): **992,703.00**