



Declaración pública **Declaración de modificación** de **CYNTHIA KARINA PORTILLO GONZALEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Cynthia Karina Portillo Gonzalez**

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

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina de la Adolescencia Para Medicos de los Tres Niveles de Atencion** Estatus: **Finalizado**  
Documento obtenido: **Título**  
Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico** Fecha: **20 de Noviembre de 2013**  
Ubicación: **México**

---

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Neumologia Pediatrica** Estatus: **Finalizado**  
Documento obtenido: **Título**  
Institución educativa: **Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias** Fecha: **28 de Enero de 1997**  
Ubicación: **México**

---

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Pediatría Medica** Estatus: **Finalizado**  
Documento obtenido: **Título**  
Institución educativa: **Hospital Infantil Privado** Fecha: **28 de Febrero de 1994**  
Ubicación: **México**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano** Estatus: **Finalizado**  
Documento obtenido: **Título**  
Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico** Fecha: **6 de Marzo de 1991**  
Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad** Domicilio del empleo, cargo o comisión: **México**  
Ambito público: **Órgano Autónomo** Calle: **Encinos**  
Nombre del ente público: **Secretaría de Salud** Número interior: **(Ninguno)**  
Área de adscripción: **Servicio de Urgencias Pediatría** Número exterior: **41**  
Empleo, cargo o comisión: **Operativo u Homologo (a)** Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**  
¿Es contrato(a) por honorarios?: **no** Colonia/Localidad: **Miguel Hidalgo 4a Sección**  
Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico** Código postal: **14250**  
Especifique función principal: **Atención Directa al Público** Entidad federativa: **Ciudad de México**  
Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2012** Teléfono de oficina y extensión: **54467966**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Servicio**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Hospital Infantil Privado**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 1994**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2002**

Área de adscripción / Área: **Inhaloterapia**

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 Adscrito al Servicio**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2002**

Fecha de egreso: **15 de Diciembre de 2004**

Área de adscripción / Área: **Servicio de Neumología Pediátrica**

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): **403,001.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **283,487.00**

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): **283,487.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **HONORARIOS MEDICOS PROFESIONALES**

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): **686,488.00**