

Declaración pública **Declaración de modificación** de **JOSE ANTONIO DE LA PORTILLA PEREZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jose Antonio de la Portilla Perez**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicin Legal**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Direccion General de Servicios Medicos del Departamento del df**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **28 de Febrero de 1984**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Unam**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **22 de Julio de 1979**

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: **Estado de Mexico**

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

Número interior: **s/n**

Área de adscripción: **Unidad Departamental de Medicina Legal**

Número exterior: **5**

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

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

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

Colonia/Localidad: **Loma la Palma**

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

Código postal: **07160**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **7 de Octubre de 2008**

Teléfono de oficina y extensión: **5589481627**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Imss**

Fecha de ingreso: **10 de Enero de 1990**

Área de adscripción / Área: **Medica Asistencial**

Fecha de egreso: **16 de Noviembre de 2018**

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): **337,023.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **712,454.00**

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): **712,454.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Jubilado IMSS**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **1,049,477.00**