



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LETICIA BONILLA CAMPOS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Leticia Bonilla Campos**

Correo electrónico institucional: **madridalice4@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Tecnológica de Tamaulipas**

Fecha: **1 de Noviembre de 2019**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Técnico en Enfermería General y Bachiller**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica**

Fecha: **31 de Julio de 2015**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Capacitación en Recursos Humanos**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Colegio de Bachilleres**

Fecha: **31 de Julio de 2003**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Independencia**

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

Número interior: **0**

Área de adscripción: **Centro de Salud t III dr. Francisco j Balmis**

Número exterior: **20**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **san Andrés Tetepilco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermería Auxiliar**

Código postal: **09440**

Especifique función principal: **Otro - Enfermería Auxiliar**

Entidad federativa: **None**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Marzo de 2020** Teléfono de oficina y extensión: **5552434229 - 000**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera General**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Hospital Ángeles Acoxa**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2016**

Fecha de egreso: **1 de Abril de 2017**

Área de adscripción / Área: **Enfermera General**

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): **369,700.00**

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): **369,700.00**