



Declaración pública **Declaración de modificación** de **SONIA PORTILLO ROMERO** 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 Portillo Romero**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermera**

Institución educativa: **Eneo Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **14 de Octubre de 2021**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Enfermera General**

Institución educativa: **Instituto Marillac**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **14 de Julio de 1994**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Centro de Capacitacion Especializada Cecaes**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Fecha: **1 de Abril de 2016**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Diurna 190 Carlos Pellicer**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Fecha: **30 de Junio de 1987**

Nivel: **Primaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Escuela Primaria Republica de Zuasilandia**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Fecha: **30 de Junio de 1984**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Especialidad en Salud Publica**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, a. c**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **15 de Mayo de 2024**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estat**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Escuela Naval Militar**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Centro de Salud Tiii- san Francisco Culhuacan**

Número exterior: **sin Numero**

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

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

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

Colonia/Localidad: **san Francisco Culhuacán Barrio de san Francisco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera General Titulada c**

Código postal: **04260**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 1993** Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

No aplica

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): **461,483.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **72,820.00**

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): **72,820.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO ARRENDAMIENTO DE BIENES INMUEBLES

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **534,303.00**