



Declaración pública **Declaración de modificación** de **Sonia Chavez Robles** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Cuajimalpa de Morelos** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Sonia Chavez Robles**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Doctorado en Desarrollo Humano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Ixpro**

Fecha: **29 de Abril de 2024**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Ciencias de la Salud**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Universidad Ixpro**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Ciencias de la Salud**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Universidad Ixpro**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Ciencias de la Salud**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Universidad Ixpro**

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: **Avenida 16 de Septiembre sin Numero**

Nombre del ente público: **Alcaldía Cuajimalpa de Morelos**

Número interior: **0000**

Área de adscripción: **Hospital Cuajimalpa**

Número exterior: **sin Numero**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuajimalpa de Morelos**

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

Colonia/Localidad: **Cuajimalpa**

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

Código postal: **05000**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Febrero de 2005**

Teléfono de oficina y extensión: **5577618572 - 0000**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

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

Fecha de ingreso: **15 de Julio de 1998**

Hospital de Mexico

Fecha de egreso: **16 de Julio de 2003**

Área de adscripción / Área: **Quirofano**

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): **214,080.00**

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): **214,080.00**