



Declaración pública **Declaración de modificación** de **FABIOLA SANTA CRUZ SANCHEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2021

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Fabiola Santa Cruz Sanchez**

Correo electrónico institucional: **fssbsb5@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Psicología de las Adicciones**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **26 de Junio de 2015**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Psicología**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **14 de Febrero de 2010**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Mariano Escobedo**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Uneme Capa México-España**

Número exterior: **148**

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

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

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

Colonia/Localidad: **Anáhuac i Sección**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Psicóloga Clínica**

Código postal: **11320**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **17 de Febrero de 2020**

Teléfono de oficina y extensión: **5552036483 - 103**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Área de adscripción / Área: **Unidad de Ensayos Clínicos en Adicciones y Salud Mental**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Asistente de Investigación**

Especifique función principal: **Otro - Actividades de Investigación**

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2016**

Fecha de egreso: **29 de Diciembre de 2017**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Área de adscripción / Área: **Monte Fénix**

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

Especifique función principal: **Otro - Evaluaciones a Consejeros en Adicciones**

Fecha de ingreso: **2 de Noviembre de 2015**

Fecha de egreso: **29 de Julio de 2016**

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): **102,386.00**

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): **102,386.00**