



Declaración pública **Declaración de modificación** de **FABIOLA DIONE MOLINA CRUZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Centro de Comando, Control, Cómputo, Comunicaciones y Contacto Ciudadano de la Ciudad de México (C5)** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Fabiola Dione Molina Cruz**

Correo electrónico institucional: **fably7@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Universidad del cem**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **20 de Enero de 2021**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Administración**

Institución educativa: **Universidad del cem**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **20 de Enero de 2021**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Centro de Comando, Control, Cómputo, Comunicaciones y Contacto Ciudadano de la Ciudad de México (C5)**

Área de adscripción: **Dirección General de Administración de Tecnologías**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **1026**

Especifique función principal: **Otro - Administrativo , Archivo**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Junio de 2019**

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

Calle: **Cecilio Robelo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **3**

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

Colonia/Localidad: **del Parque**

Código postal: **15960**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **50363000 - 15094**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Área de adscripción / Área: **Médica**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Atención a Clientes**

Fecha de ingreso: **7 de Febrero de 2017**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2019**

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): **138,960.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **42,000.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **22,000.00**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL **Servicios Ópticos Profesionales**
TIPO DE NEGOCIO **Familiar**

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): **20,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Caja de ahorro informal , tandas**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **180,960.00**