



Declaración pública **Declaración de modificación** de **FABIOLA MARTINEZ BARILLAS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2025**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Fabiola Martínez Barillas**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Administración de Empresas**

Institución educativa: **Universidad de América del Norte**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **22 de Noviembre de 2022**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermería**

Institución educativa: **Colegio de san Andrés de Guanajuato**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **27 de Agosto de 2023**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Enfermería**

Institución educativa: **Cetis 57**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **17 de Julio de 2014**

Datos del empleo, cargo o comisión

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

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Hospital General Iztapalapa "Juan Ramón de la Fuente"**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Auxiliar Operativo en Asistencia Social**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Julio de 2006**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **av Ermita Iztapalapa**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **3018**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Citlalli**

Código postal: **09660**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5558047003**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar Operativo en Asistencia Social**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Centro de Asistencia e Integración la Cascada

Fecha de ingreso: **16 de Julio de 2014**

Fecha de egreso: **16 de Julio de 2014**

Área de adscripción / Área: **Sedeso**

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): **164,336.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **50,200.00**

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): **50,200.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **80111700 SERVICIOS DE AGENCIA**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **214,536.00**