



Declaración pública **Declaración de modificación** de **GABRIELA VAZQUEZ PORTO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Gabriela Vazquez Porto**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Técnico en Inhaloterapia**

Institución educativa: **Conalep**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Agosto de 2006**

---

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Bachillerato General**

Institución educativa: **Instituto de Educación Avanzada**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **13 de Noviembre de 2020**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital Pediátrico Moctezuma**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **672**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Diciembre de 2006**

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

Calle: **Oriente 158**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **189**

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

Colonia/Localidad: **Moctezuma 2a Sección**

Código postal: **15530**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **55711737**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**  
Empleo cargo o comisión / Puesto: **Inhaloterapeuta**  
Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**  
Especifique función principal: **Atención Directa al Público**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Isem**  
Fecha de ingreso: **16 de Agosto de 2020**  
Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2020**  
Área de adscripción / Área: **Hospital General de Chimalhuacán**  
Lugar donde se ubica: **México**

---

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Público**  
Empleo cargo o comisión / Puesto: **Inhaloterapeuta**  
Nivel / Orden de gobierno: **Federal**  
Especifique función principal: **Atención Directa al Público**  
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Issste**  
Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2021**  
Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2023**  
Área de adscripción / Área: **Hospital Jose Maria Morelos y Pavon / Inhaloterapia**  
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): **266,321.00**

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): **266,321.00**