



Declaración pública **Declaración de modificación** de **FABIOLA ANTONIA BELTRAN TORRES** en el puesto **DIRECTOR "A" U HOMOLOGO(A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Fabiola Antonia Beltran Torres**

Correo electrónico institucional: **fabi.bet.t82@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Ciencias de la Administración**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Nacional Autónoma de México**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **16 de Mayo de 2016**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Facultad de Medicina Unam/Departamento de Salud Pública**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **4 de Abril de 2013**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Diplomado en Epidemiología Métodos y Tecnicas Para la Investigación en Salud Poblacional**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Facultad de Medicina Unam/Departamento de Salud Pública**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **5 de Diciembre de 2013**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Diplomado en Asociaciones Público Privadas Para el Desarrollo de Infraestructura y Servicios**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Tecnológico de Monterrey**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **31 de Julio de 2016**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Diplomado en Imagen Verbal y no Verbal**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Colegio de Imagen Pública**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **11 de Diciembre de 2021**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Diplomado en Imagen Política**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Colegio de Imagen Pública**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **9 de Julio de 2022**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Subsecretaría de Prestación de Servicios Médicos e Insumos**

Empleo, cargo o comisión: **Director "a" u Homologo(A)**

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Responsable Estatal de Calidad en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Enero de 2019**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Insurgentes Norte**

Número interior: **Piso 20**

Número exterior: **423**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Código postal: **06900**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5513212005 - 1424**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Área de adscripción / Área: **Dirección de Planeación del Hospital Juarez de México**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de la División de Calidad de la Atención Hospital Juárez de México**

Especifique función principal: **Regulación y Políticas Públicas**

Fecha de ingreso: **16 de Octubre de 2017**

Fecha de egreso: **15 de Enero de 2019**

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:
Secretaría de Marina

Área de adscripción / Área: **Hospital General de Alta Especialidad**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Gestión de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente en Semar**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2016**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2017**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial**

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

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **15 de Agosto de 2014**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2016**

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:
Secretaría de Salud del Gobierno de México

Área de adscripción / Área: **Hospital General dr. Manuel gea Gonzàlez**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

Especifique función principal: **Otro - Adscrita a Calidad**

Fecha de ingreso: **16 de Noviembre de 2021**

Fecha de egreso: **16 de Mayo de 2022**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Área de adscripción / Área: **Dirección Médica**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Gerente de Calidad Hospitalaria**

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2017**

Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 2017**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante, pareja y/o dependientes económicos

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): **549,397.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **118,800.00**

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): **118,800.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO Renta de departamento

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **668,197.00**

Bienes inmuebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

Tipo de inmueble: **Departamento**

Forma de adquisición: **COMPRA VENTA**

Titular del inmueble: **Declarante**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Porcentaje de propiedad del declarante conforme a escrituración o contrato: **100%**

Fecha de adquisición: **6 de Agosto de 2022**

¿El valor de adquisición del inmueble es conforme a?: **Contrato**

Superficie del terreno: **107.00 - Metro cuadrado**

Identificación del Transmisor (solamente si es persona moral): **Moral**

Superficie de construcción: **107.00 - Metro cuadrado**

Nombre, denominación o razón social de quien se adquirió el inmueble: **Aghipi Inmobiliaria S.A.P.I. de C.V.**

Forma de pago: **CRÉDITO**

Valor de adquisición: **5,539,682.00**

RFC de quien adquirió el inmueble: **AIN121025JH6**

Bienes muebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Vehículos

Todos los datos de vehículos declarados a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

Tipo de vehículo: **Automóvil/ Motocicleta**

Titular del vehículo: **Declarante**

Modelo: **Gran Cherokee**

Porcentaje: **100**

Año: **2023**

Transmisor (solamente si es persona moral): **Moral**

Valor de adquisición: **1,629,900.00**

Razón social (solamente si es persona moral): **Interlomas Mundo Automotriz S.A. de C.V.**

Forma de adquisición: **Compra Venta**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **IMA011213626**

Forma de pago: **Crédito**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición del vehículo: **27 de Mayo de 2023**

Marca: **JEEP**

Inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos

Todos los datos de las inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos.

Institución o razón social: **Banco Santander Mexico S.A., Institucion de Banca Multiple, Grupo Financiero Santander Mexico**

R.F.C. De la institución: **BSM970519DU8**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Bancaria**

Subtipo de inversión: **Cuenta de Nómina**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: **Declarante**

¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:
México, Ciudad de México

Institución o razón social: **Bbva México, S.A., Institución de Banca Multiple, Grupo Financiero Bbva México**

R.F.C. De la institución: **BBA830831LJ2**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Bancaria**

Subtipo de inversión: **Cuenta de Cheques**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: **Declarante**

¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:
México, Ciudad de México

Adeudos / Pasivos

Todos los datos de los adeudos / pasivos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Fecha de adquisición: **1 de Agosto de 2020**

Porcentaje: **100**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **BSM970519DU8**

Tipo de adeudo: **Crédito Personal**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Banco Santander (Mexico), S.A.**

Monto original del adeudo / pasivo: **200,000.00**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Ciudad de México**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Fecha de adquisición: **2 de Enero de 2023**

Porcentaje: **100**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **(Ninguno)**

Tipo de adeudo: **Crédito Personal**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **(Ninguno)**

Monto original del adeudo / pasivo: **120,000.00**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Ciudad de México**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Préstamo o comodato por terceros

No aplica

II. DECLARACIÓN DE INTERESES

Participación en empresas, sociedades o asociaciones (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en empresas, sociedades o asociaciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

¿Participa en la toma de decisiones de alguna de estas instituciones? (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en alguna de estas instituciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Apoyos o beneficios públicos (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Representación (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de representación de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Clientes principales (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de clientes principales de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Beneficios privados (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Participación en Fideicomisos (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de participación en fideicomisos de pareja o dependiente económico no serán públicos.

No aplica