

Declaración pública **Declaración de modificación** de **LILIANA NALLELY FONSECA JIMENEZ** en el puesto **DIRECTOR "B" U HOMOLOGO(A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Liliana Nallely Fonseca Jimenez**

Correo electrónico institucional: **drafonseca25@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Administración de los Servicios de Salud**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Universitario Veracruzano**

Fecha: **1 de Enero de 2020**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina Crítica en Obstetricia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autonoma del Estado de Mexico**

Fecha: **1 de Marzo de 2017**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Salud**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Ginecología y Obstetricia**

Fecha: **1 de Marzo de 2015**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Salud**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Medico Cirujano**

Fecha: **1 de Enero de 2015**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **av. 16 de Septiembre s/n Xaltocan Xochimilco 16090 Ciudad de México Cdmx**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital Materno Pediátrico Xochimilco**

Número exterior: **sn**

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

Municipio/Alcaldía: **Xochimilco**

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

Colonia/Localidad: **Barrio Xaltocan**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **39**

Código postal: **16090**

Especifique función principal: **Otro - Directora**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Marzo de 2021**

Teléfono de oficina y extensión: **5556764993**

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:
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Área de adscripción / Área: **Salud Materna**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Fuerza de Tarea**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2017**

Fecha de egreso: **1 de Abril de 2018**

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:
Intituto de Salud Publica del Estado de Guanajuato

Área de adscripción / Área: **Hospital Materno Celaya**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefa de Servicio Ginecologia y Obstetricia**

Especifique función principal: **Otro - Jefa de Servicio**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2018**

Fecha de egreso: **1 de Junio de 2019**

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:
Intituto de Salud Publica del Estado de Guanajuato

Área de adscripción / Área: **Hospital Materno Celaya**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirectora Medica**

Especifique función principal: **Otro - Subdiretora Medica**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2019**

Fecha de egreso: **16 de Enero de 2020**

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:
Sedesa

Área de adscripción / Área: **Hospital Materno Infantil Inguarán**

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

Especifique función principal: **Otro - Medico Adscrito**

Fecha de ingreso: **1 de Diciembre de 2017**

Fecha de egreso: **15 de Marzo de 2021**

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): **240,000.00**

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): **240,000.00**

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.

No aplica

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: **Mini Cooper**

Porcentaje: **100**

Año: **2021**

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

Valor de adquisición: **545,631.00**

Razón social (solamente si es persona moral): **Momentum Satellite sa de cv**

Forma de adquisición: **Compra Venta**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **MCA010530C52**

Forma de pago: **Crédito**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición del vehículo: **19 de Marzo de 2021**

Marca: **MINI**

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.

No aplica

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

No aplica

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 economico no serán públicos.

No aplica