



Declaración pública **Declaración inicial** de **LAURA MARCELA WALTEROS PEREZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2022

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Laura Marcela Walteros Perez**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Pediatría**

Institución educativa: **Universidad Autonoma de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Marzo de 2018**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Cendi dr. Ruben Leñero**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Especialista en Areas de la Salud-
Pediatra**

Especifique función principal: **Otro - Pediatra**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2022**

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

Calle: **Salesiano**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **28**

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

Colonia/Localidad: **Anáhuac i Sección**

Código postal: **11320**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5553963315**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Área de adscripción / Área: **Urgencias Pediatría**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico de Urgencias**

Fecha de ingreso: **1 de Diciembre de 2008**

Fecha de egreso: **30 de Enero de 2015**

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

Lugar donde se ubica: **Extranjero**

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

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

Área de adscripción / Área: **Consultorio**

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

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

Fecha de ingreso: **23 de Septiembre de 2020**

Fecha de egreso: **27 de Mayo de 2022**

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

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **21,374.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **6,906.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **6,906.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **HONORARIOS MEDICOS**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **28,280.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**