

Declaración pública **Declaración inicial** de **LAURA CATALINA MARTINEZ NICOLAS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2021

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Laura Catalina Martinez Nicolas**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Inhaloterapia**

Institución educativa: **Colegio Nacional de Educacion Profesional Tecnica**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **5 de Diciembre de 2012**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Ingles Comunicativo Basico**

Institución educativa: **Centro de Capacitacion Para el Trabajo Industrial #157**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **1 de Febrero de 2014**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Operacion de Microcomputadoras**

Institución educativa: **Centro Computacion Profesional de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **11 de Febrero de 2011**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Secundaria**

Institución educativa: **Salvador Díaz Miron**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **6 de Julio de 2007**

Nivel: **Primaria**

Carrera: **Primaria**

Institución educativa: **Maria Epigmenia Arriaga Salgado**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **1 de Julio de 2004**

Datos del empleo, cargo o comisión

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Inhaloterapia**

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

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Tecnico Inhaloterapia**

Especifique función principal: **Otro - Area de la Salud**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **22 de Diciembre de 2020**

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

Calle: **Prolongacion av. 5 Mayo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **3170**

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

Colonia/Localidad: **Colinas de Tarango**

Código postal: **01610**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Área de adscripción / Área: **Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **AMI960206B94**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar de Anestesia**

Fecha de ingreso: **8 de Septiembre de 2012**

Fecha de egreso: **2 de Junio de 2018**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Área de adscripción / Área: **Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **COM990629V1A**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Tecnico de Laparoscopia**

Fecha de ingreso: **26 de Febrero de 2019**

Fecha de egreso: **24 de Mayo de 2021**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Centro Medico Dalinde**

Área de adscripción / Área: **Salud**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Tecnico en Trapia Respiratoria**

Fecha de ingreso: **7 de Agosto de 2017**

Fecha de egreso: **20 de Enero de 2021**

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): **14,400.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **7,800.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **7,800.00**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL **com990629v1a**

TIPO DE NEGOCIO **proveedor**

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): **0.00**

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): **22,200.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **Si**

Fecha de inicio: **(Ninguno)**

Fecha de salida: **(Ninguno)**

I - REMUNERACIÓN ANUAL NETA DEL DECLARANTE POR SU CARGO PÚBLICO (POR CONCEPTO DE SUELDOS, HONORARIOS, COMPENSACIONES, BONOS, AGUINALDOS Y OTRAS PRESTACIONES) (CANTIDADES NETAS DESPUÉS DE IMPUESTOS): **(Ninguno)**

II - OTROS INGRESOS DEL DECLARANTE, RECIBIDOS DURANTE EL TIEMPO EN EL QUE SE DESEMPEÑÓ COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR (SUMA DEL II.1 AL II.5): **(Ninguno)**

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

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

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

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **(Ninguno)**

A. Ingreso neto del declarante recibido en el año inmediato anterior (suma del numeral I y II): **(Ninguno)**