



Declaración pública **Declaración de modificación** de **KARLA DANIELA CABRERA VALADEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Karla Daniela Cabrera Valadez**

Correo electrónico institucional: **kur\_leiti@hotmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Escuela Superior de Medicina Instituto Politecnico Nacional**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **4 de Noviembre de 2013**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Norte 82 b**

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

Número interior: **sn**

Área de adscripción: **Centro de Salud Gertrudis Sanchez**

Número exterior: **6204**

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

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

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

Colonia/Localidad: **Gertrudis Sánchez 2a Sección**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico General a**

Código postal: **07839**

Especifique función principal: **Otro - Medico General a**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 2014**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 7073**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico General a**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Medico General a**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Servicios de Salud Pública del Distrito Federal**

Fecha de ingreso: **16 de Agosto de 2014**

Fecha de egreso: **27 de Mayo de 2024**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud Gertrudis Sanchez**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Médico General**

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

Fecha de ingreso: **16 de Diciembre de 2020**

Fecha de egreso: **15 de Abril de 2021**

Área de adscripción / Área: **Hospital 1 de Octubre**

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): **522,010.00**

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): **522,010.00**