

# DECLARACIÓN PÚBLICA DE MODIFICACIÓN 2020

|                  |  |                        |                  |
|------------------|--|------------------------|------------------|
| Declarante:      | CLAUDIA LOPEZ BUSTOS                             | Folio:                 | 2021063018535884 |
| Dependencia:     | INSTITUTO TEMAZCALLI PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN | Fecha de Presentación: | 30/jun./2021     |
| Cargo declarado: | Subdirectora Médico                              | Clase declaración:     | Completa - A     |

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>SITUACIÓN</b> | <b>Declaración de Situación Patrimonial</b> |
|------------------|---|

|                |                        |
|----------------|------------------------|
| <b>SECCIÓN</b> | <b>Datos Generales</b> |
|----------------|------------------------|

|                                  |                              |
|----------------------------------|------------------------------|
| Nombre (s)                       | Claudia                      |
| Primer Apellido                  | López                        |
| Segundo Apellido                 | Bustos                       |
| Correo electrónico institucional | areamedica@temazcalli.gob.mx |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>SECCIÓN</b> | <b>Datos curriculares del declarante</b> |
|----------------|--|

|   |   |
|---|---|
| Nivel de Escolaridad                          | Especialidad                            |
| Institución educativa                         | UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI |
| Carrera o Área de conocimiento                | PSIQUIATRIA                             |
| Estatus                                       | Finalizado                              |
| Documento Obtenido                            | Título                                  |
| Fecha de obtención del documento              | 18/02/2013                              |
| Lugar donde se ubica la institución educativa | En México                               |

|                |   |
|----------------|---|
| <b>SECCIÓN</b> | <b>Datos del empleo, cargo o comisión</b> |
|----------------|---|

|   |  |
|---|--|
| Nivel / Orden de Gobierno   | Estatal  |
| Ámbito Público  | Ejecutivo  |
| Nombre del ente Público   | INSTITUTO TEMAZCALLI PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN   |
| Área de Adscripción   | Médica   |
| Empleo, Cargo o Comisión  | Subdirectora Médico  |
| ¿Está contratado por honorarios?  | NO   |
| Nivel del empleo o cargo o comisión   | 13   |
| Fecha de la toma de posesión del cargo, empleo o comisión                               | 01/02/2018   |
| Especifique la función principal  | Dirigir las actividades médicas  |
| Teléfono de oficina y extensión   | 4448126196 EX 209  |
| Domicilio del empleo, cargo o comisión en México  | CALZADA FRAY DIEGO DE LA MAGDALENA, 106, INDUSTRIAL AVIACIÓN, 78140, San Luis Potosí, San Luis Potos |
| ¿Cuenta con otro empleo, cargo o comisión en el servicio público distinto al declarado? | NO   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>SECCIÓN</b> | <b>Experiencia Laboral (Últimos cinco empleos) - 2</b> |
|----------------|--|

|                                     |         |
|-------------------------------------|---------|
| Ámbito / Sector en el que Laboraste | Público |
| Nivel / Orden de Gobierno           | Estatal |

|   |   |
|---|---|
| Ámbito Público  | Órgano Autónomo   |
| Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación | UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI   |
| Área de Adscripción / Área  | SALUD   |
| Empleo, Cargo o Comisión / Puesto                                     | PSIQUIATRA  |
| Especifique Función Principal (Límite 1,500 caracteres)               | PSIQUIATRA DE CONSULTA EXTERNA, EN CENTRO DE SALUD UNIVERSITARIO, PERIODO 2013-2018 |
| Fecha de ingreso  | 07/01/2013  |
| Fecha de Egreso   | 21/09/2018  |
| Lugar donde se Ubica  | En México   |

| SECCIÓN  | Ingresos Netos del Declarante, Pareja y / o dependientes económicos (entre el 1 de enero y 31 de diciembre del año inmediato anterior) |
|--|--|
| 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) (Sin centavos).) | \$847,584.00   |
| II. Otros ingresos del declarante (suma del II.1 al II.5) (Sin centavos).)   | \$8,000.00   |
| II.3 Por servicios profesionales, consejos, consultorías, y/o asesorías (después de impuestos) (Sin centavos)  | \$8,000.00   |
| Tipo de servicio prestado  | CONSULTA DE PSIQUIATRIA  |
| A. Ingreso Anual Neto del declarante (suma del I y II) (Sin centavos))   | \$855,584.00   |
| C.- Total de los ingresos anuales netos percibidos por el declarante, pareja y dependientes económicos (suma de los apartados A y B).  | \$1,239,584.00   |

| SITUACIÓN  | Declaración de intereses                        |
|--|---|
| SECCIÓN  | Clientes Principales (Hasta los 2 últimos años) |
| ¿Realiza alguna actividad lucrativa independiente al empleo, cargo o comisión? | SI  |
| Tipo de Declarante   | Declarante                                      |
| Nombre de la empresa o servicio que proporciona                                | CLAUDIA LOPEZ BUSTOS                            |
| RFC  | LOBC8110034R9                                   |
| Señale el nombre o razón social del cliente principal                          | PUBLICO EN GENERAL                              |
| RFC  | XAXX010101000                                   |
| Sector Productivo al que pertenece   | Servicios de Salud                              |
| Monto aproximado del beneficio o ganancia mensual que obtiene del cliente      | \$1,800.00                                      |
| Lugar donde se ubica   | En México                                       |
| Entidad Federativa   | San Luis Potosí                                 |