



Declaración pública **Declaración de modificación** de **AVELINA LANDAVERDE MARTINEZ** en el puesto **SUBDIRECTOR "A" U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Avelina Landaverde Martinez**

Correo electrónico institucional: **a.landaverde.promocion.salud@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Maestría en Ciencias Sociomédicas**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universida Nacional Autónoma de México**

Fecha: **12 de Marzo de 2016**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Nutrición**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad del Valle de México**

Fecha: **29 de Octubre de 2012**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Calle: **av. Insurgentes Norte**

Área de adscripción: **Dirección de Promoción de la Salud**

Número interior: **(Ninguno)**

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

Número exterior: **423**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Subdirectora de Promoción de la Salud Para Grupos de Mayor Riesgo**

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Código postal: **06900**

Especifique función principal: **Otro - Planeación y Coordinación de Programas y Acciones**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Febrero de 2019**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 1600**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Consulta Nutricional y Enseñanza**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2016**

Área de adscripción / Área: **Departamento de Endocrinología y Metabolismo de Lípidos**

Fecha de egreso: **15 de Febrero de 2019**

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): **346,488.00**

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): **346,488.00**

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.

Tipo de bien mueble: **Aparatos Electrónicos y Electrodomésticos**

Descripción general del bien: **Laptop Tipo Macbook**

Porcentaje: **100**

Forma de adquisición: **Compra Venta**

Titular: **DECLARANTE**

Forma de pago: **CONTADO**

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

Valor de adquisición: **18,999.00**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **Odm950324V2A**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Razón social (solamente si es persona moral): **Office Depot de Mexico sa de cv**

Fecha de adquisición: **2 de Noviembre de 2020**

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: **Otro**

Porcentaje: **100**

Año: **2020**

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

Valor de adquisición: **209,423.00**

Razón social (solamente si es persona moral): **Automotores de Mexico sa de cv**

Forma de adquisición: **Compra Venta**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **AME6907306R3**

Forma de pago: **Crédito**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición del vehículo: **27 de Octubre de 2020**

Marca: **FIAT**

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

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Fecha de adquisición: **28 de Octubre de 2020**

Porcentaje: **100**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **FFS1512071T1**

Tipo de adeudo: **Crédito Automotriz**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **fc Financiamiento de cv Sofom er Grupo Financiero Inbursa**

Monto original del adeudo / pasivo: **167,352.00**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Ciudad de México**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Fecha de adquisición: **11 de Enero de 2016**

Porcentaje: **100**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **BBA830831LJ2**

Tipo de adeudo: **Tarjeta de Crédito Bancaria**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Bbva Bancomer, S.A. Institucion de Banca Multiple**

Monto original del adeudo / pasivo: **90,000.00**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Ciudad de México**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

(NINGUNO)

(NINGUNO)

(NINGUNO)

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.

Nombre de la empresa, sociedades o asociación: **Sociedad Cooperativa**

Panamédica sc de rl de cv

Lugar dónde se ubica: **México - Ciudad de México**

R.F.C.: **PAN1002037A3**

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

Porcentaje de participación de acuerdo a escritura: **0%**

¿Recibe remuneración por su participación?: **No**

Tipo de participación: **Colaborador**

¿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 económico no serán públicos.

No aplica