

Declaración pública **Declaración de modificación** de **ELSA AGUILAR PEREZ** en el puesto **DIRECTOR "B" U HOMOLOGO(A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en 2022

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Elsa Aguilar Perez**

Correo electrónico institucional: **eaguilar@sersalud.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medica Cirujana**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **22 de Junio de 1995**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Salud Publica con Area de Concentracion en Administracion en Salud**

Institución educativa: **Intituto Nacional de Salud Publica**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **31 de Octubre de 2003**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Cch-Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **20 de Julio de 1989**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Jurisdiccion Sanitaria Gustavo a. Madero**

Empleo, cargo o comisión: **Director "b" u Homologo(A)**

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Director**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Mayo de 2018**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Vicente Villada**

Número interior: **1er Piso**

Número exterior: **sin Numero**

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

Colonia/Localidad: **Villa Gustavo a. Madero**

Código postal: **07050**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7002**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Miguel Hidalgo**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Directora Jurisdiccional**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2015**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 2018**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Cuajimalpa**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Directora Jurisdiccional**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **16 de Agosto de 2013**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2015**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Azcapotzalco**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirectora de Atención Medica**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **16 de Enero de 2005**

Fecha de egreso: **15 de Agosto de 2013**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Área de adscripción / Área: **Jurisdiccion Sanitaria Iztapalapa**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subdirectora de Atención Medica**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **16 de Abril de 2004**

Fecha de egreso: **15 de Enero de 2005**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud T-lli Nueva Atzacocalco**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Unidad Médica d**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2003**

Fecha de egreso: **15 de Abril de 2004**

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): **675,759.00**

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): **675,759.00**

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.

Tipo de inmueble: **Casa**

Forma de adquisición: **COMPRA VENTA**

Titular del inmueble: **Declarante**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Porcentaje de propiedad del declarante conforme a escrituración o contrato: **100%**

Fecha de adquisición: **30 de Septiembre de 2021**

Superficie del terreno: **138.00 - Metro cuadrado**

¿El valor de adquisición del inmueble es conforme a?: **Escritura Pública**

Superficie de construcción: **197.00 - Metro cuadrado**

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

Forma de pago: **CRÉDITO**

Nombre, denominación o razón social de quien se adquirió el inmueble: **Promotora de Casas Platino sa de cv**

Valor de adquisición: **3,788,000.00**

RFC de quien adquirió el inmueble: **PCP030729QK1**

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.

No aplica

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.

No aplica

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**

Porcentaje: **100**

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

Monto original del adeudo / pasivo: **100,000.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **1 de Septiembre de 1996**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **CFA950628CAA**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Citibanamex**

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

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

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

Monto original del adeudo / pasivo: **50,000.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **1 de Septiembre de 2015**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **CFA950628CAA**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Citibanamex**

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

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Tarjeta de Crédito Departamental**

Monto original del adeudo / pasivo: **87,400.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **1 de Enero de 1999**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **DLI931201MI9**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Liverpool sa de cv**

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

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Tarjeta de Crédito Departamental**

Monto original del adeudo / pasivo: **83,000.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **1 de Noviembre de 2002**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **PHI830429MG6**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Palacio de Hierro**

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

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Crédito Hipotecario**

Monto original del adeudo / pasivo: **2,364,941.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **20 de Septiembre de 2021**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **BSM970519DJ8**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Santander Mexico S.A.**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Querétaro**

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Préstamo Personal**

Monto original del adeudo / pasivo: **908,844.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **30 de Septiembre de 2021**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **RSC191218Q78**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Romanutii Sorrentino Consultores sa de cv**

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

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.

No aplica

¿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 economico no serán públicos.

No aplica