

Declaración pública **Declaración de modificación** de **CARLOS VAZQUEZ ALATRISTE** en el puesto **DIRECTOR "B" U HOMOLOGO(A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Carlos Vazquez Alatraste**

Correo electrónico institucional: **alatrastecv@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Colegio Mexicano de Colposcopia**

Fecha: **30 de Junio de 1997**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Hospital 1 de Octubre del Issste**

Fecha: **28 de Febrero de 1986**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Hospital General Lic. Adolfo Lopez Mateos del Issste**

Fecha: **28 de Febrero de 1985**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **sur 111**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Secretaria de Salud de la Cdmx**

Número exterior: **sin Numero**

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

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

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

Colonia/Localidad: **Aeronáutica Militar**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Especialista c**

Código postal: **15970**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Mayo de 1992**

Teléfono de oficina y extensión: **5555520488 - 052**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Encargado**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Consultorio Medico Particular

Fecha de ingreso: **15 de Octubre de 2009**

Área de adscripción / Área: **Consultorio Medico Gineco-Obstetra,
Perinatologo y Colposcopista**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2020**

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

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

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): **613,728.00**

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): **613,728.00**

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: **Departamento**

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: **19 de Octubre de 2017**

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

Superficie del terreno: **11.00 - Metro cuadrado**

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

Superficie de construcción: **76.00 - Metro cuadrado**

Nombre, denominación o razón social de quien se adquirió el inmueble:

Forma de pago: **CRÉDITO**

Desarrollo de Hogares Urbanos sa de cv

Valor de adquisición: **1,277,000.00**

RFC de quien adquirió el inmueble: **DHU010711FZA**

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.

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: **278,900.00**

Razón social (solamente si es persona moral): **Kure Motors sa de cv**

Forma de adquisición: **Compra Venta**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **KMO141215B19**

Forma de pago: **Crédito**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición del vehículo: **28 de Junio de 2019**

Marca: **KIA**

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.

(NINGUNO)

Institución o razón social: **Banco Santander (Mexico) sa**

R.F.C. De la institución: **BSM970519DU8**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Porcentaje: **100**

Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: **Declarante**

Tipo de inversión/activo: **Bancaria**

¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:
México, Ciudad de México

Subtipo de inversión: **Cuenta de Nómina**

(NINGUNO)

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: **7 de Septiembre de 2017**

Porcentaje: **100**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **ISS6001015A3**

Tipo de adeudo: **Crédito Hipotecario**

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

Monto original del adeudo / pasivo: **1,277,000.00**

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

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

(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.

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