



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ARELY ARREOLA ROSAS** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Arely Arreola Rosas**

Correo electrónico institucional: **araanestesia12@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Primaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Tierra y Libertad**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **4 de Julio de 2008**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Escuela Secundaria Tecnica N°28 "Telpochcalli"**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **8 de Julio de 2011**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Profesional Tecnico en Bachiller en Enfermeria General**

Institución educativa: **Conalep 263**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **23 de Septiembre de 2015**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermeria General**

Institución educativa: **Centro Universitario Uaem Valle de Chalco**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **19 de Octubre de 2019**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Enfermeria**

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

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Junio de 2020**

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

Calle: **Cuco Sanchez**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **71**

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

Colonia/Localidad: **Ampliación Emiliano Zapata**

Código postal: **09638**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5518034444**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Unidad Temporal Covid-19 Citibanamex

Fecha de ingreso: **16 de Junio de 2020**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 2021**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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): **200,150.00**

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): **200,150.00**