



Declaración pública **Declaración de modificación** de **OSWALDO ARRIETA GUERRERO** en el puesto **OPERATIVO 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): **Oswaldo Arrieta Guerrero**

Correo electrónico institucional: **oswals_66@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Técnico Profesional en Enfermería General**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Dirección General de Educación Tecnológica Industrial**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **10 de Julio de 1990**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Administración de los Servicios de Enfermería Medico Quirúrgica**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **8 de Diciembre de 1995**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Plan de san Luis**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital General de Ticoman**

Número exterior: **s/n**

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

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

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

Colonia/Localidad: **Santa María Ticomán**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **M0203 Enfermera Especialista a**

Código postal: **07330**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **18 de Mayo de 1998**

Teléfono de oficina y extensión: **5557543979**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermero Jefe de Piso**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Fecha de ingreso: **3 de Agosto de 1987**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Fecha de egreso: **18 de Mayo de 2019**

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): **277,378.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **471,425.00**

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): **471,425.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Jubilado por parte del Seguro Social**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **748,803.00**