



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARY TRINI ARIAS MORALES** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Mary Trini Arias Morales**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Contador Publico**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **15 de Julio de 1996**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Epidemiología y Medicina Preventiva**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Apoyo Administrativo**

Especifique función principal: **Otro - Apoyo Administrativo en el Area**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2020**

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

Calle: **Plan de san Luis**

Número interior: **s/n**

Número exterior: **s/n**

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

Colonia/Localidad: **Fovissste**

Código postal: **07320**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 7151**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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: **Epidemiología y Medicina Preventiva**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Apoyo Administrativo Epidemiología y Medicina Preventiva**

Especifique función principal: **Otro - Apoyo en Todo el Ambito Covid**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2020**

Fecha de egreso: **18 de Mayo de 2021**

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 Publica de la Ciudad de Mexico

Área de adscripción / Área: **Epidemiología y Medicina Preventiva**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Apoyo Administrativo Epidemiología y Medicina Preventiva**

Especifique función principal: **Otro - Apoyo en Todo el Ambito Covid**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2020**

Fecha de egreso: **18 de Mayo de 2021**

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): **20,111.00**

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): **20,111.00**