



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ARMINDA OSORIO NAVA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Arminda Osorio Nava**

Correo electrónico institucional: **armir57@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Psicología**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Fecha: **7 de Enero de 2010**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Psicología**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Fecha: **17 de Marzo de 2003**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **av. Prolongacion Division del Norte Esq. av. Mexico**

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

Número interior: **s/n**

Área de adscripción: **Secretaria de Salud**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Xochimilco**

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

Colonia/Localidad: **Huichapan**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Psicologo Clinico**

Código postal: **16030**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Mayo de 2005** Teléfono de oficina y extensión: **5572584816**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Otro** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Asesor de Asignatura en Especialidad Distancia**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Facultad de Psicología, Unam** Fecha de ingreso: **13 de Abril de 2010**
Área de adscripción / Área: **Docencia** Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 2011**
Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Docente**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Instituto de Terapia Familiar Cencalli** Fecha de ingreso: **1 de Abril de 2005**
Área de adscripción / Área: **Docencia** Fecha de egreso: **1 de Septiembre de 2005**
Sector al que pertenece: **Servicios Profesionales**
R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)** Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Otro** Empleo cargo o comisión / Puesto: **Psicologa, Evaluacion de Desarrollo Psicomotor**
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Unidad de Investigación en Epidemiología Nutricional. Imss** Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2004**
Área de adscripción / Área: **Unidad-Familiar 22 Consulta Externa** Fecha de egreso: **1 de Febrero de 2005**
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): **370,267.00**

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): **370,267.00**