

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jaime Arroyo Rico**

Correo electrónico institucional: **jarroyo.r07@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Ciencias Sociales**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **Universidad Autonoma de la Ciudad de Mexico**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Psicología**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autonoma Metropolitana**

Fecha: **7 de Noviembre de 2007**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Paseo de la Reforma Norte**

Nombre del ente público: **Sistema Para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Dirección Ejecutiva de los Derechos de las Personas con Discapacidad y Desarrollo Comunitario**

Número exterior: **705**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Morelos**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **2**

Código postal: **06200**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Abril de 1999**

Teléfono de oficina y extensión: **55292259**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Centro de Atención Interdisciplinaria Para el Bienestar Biopsicosocial, S.C.**

Fecha de ingreso: **16 de Abril de 2015**

Fecha de egreso: **30 de Diciembre de 2021**

Área de adscripción / Área: **Salud**

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

R.F.C. (Si es sector privado): **CAI160415QGA**

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): **107,186.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **88,000.00**

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): **48,000.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **ATENCION PSICOLOGICA**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **0.00**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **40,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **CAJA**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **195,186.00**