

Declaración pública **Declaración de modificación** de **UBALDO ARIAS LOPEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Inclusión y Bienestar Social** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Ubaldo Arias Lopez**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano**

Institución educativa: **Unam Facultad de Medicina**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Fecha: **8 de Junio de 2013**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Inclusión y Bienestar Social**

Área de adscripción: **Médico de Unidad**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Consulta en General**

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

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

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

Calle: **Sisal**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **mz 987**

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

Colonia/Localidad: **Bosques del Pedregal**

Código postal: **14738**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5521096557**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Sociedad de Medicos Profesionales Altes sa de cv

Área de adscripción / Área: **Médico de Turno**

R.F.C. (Si es sector privado): **MPA90012911A**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

Fecha de ingreso: **19 de Enero de 2018**

Fecha de egreso: **29 de Junio de 2018**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Ipeht Instituto Profesional en Terapias Humanitarias Sapi de cv**

Área de adscripción / Área: **Médico en Turno**

R.F.C. (Si es sector privado): **IIP060509D1A**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Profesor de Asignatura**

Fecha de ingreso: **28 de Marzo de 2017**

Fecha de egreso: **18 de Enero de 2018**

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

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): **528,227.00**

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): **528,227.00**