



Declaración pública **Declaración inicial** de **HECTOR ROGELIO TORRES MEZA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Hector Rogelio Torres Meza**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Maestría en Administración de Negocio**

Institución educativa: **Universidad Tecnológica de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Boleta**

Fecha: **6 de Enero de 2022**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Secretaria de Salud**

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

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Honorarios Asimilables a Salarios**

Especifique función principal: **Otro - Administrativas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2022** Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 5822**

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

Calle: **Insurgentes Norte**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **423**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Nonoalco Tlatelolco**

Código postal: **06900**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Camara de Diputados

Área de adscripción / Área: **Modulo**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Responsable de Modulo**

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

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 2019**

Fecha de egreso: **30 de Agosto de 2019**

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:
Instituto Para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México

Área de adscripción / Área: **Administracion**

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

Especifique función principal: **Otro - Seguimiento a Integración del Programa Anual de Trabajo y Seguimiento a Observaciones de Auditoría**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2016**

Fecha de egreso: **30 de Diciembre de 2018**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)
(Cantidades netas después de impuestos): **18,191.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **18,191.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**