



Declaración pública **Declaración de modificación** de **HECTOR ARROYO GARCIA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Policia Auxiliar de la Ciudad de México** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Hector Arroyo Garcia**

Correo electrónico institucional: **hector.arroyo21g@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **lic en Economía**

Institución educativa: **Unam**

Estatus: **Cursando**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Insurgentes Norte**

Nombre del ente público: **Policia Auxiliar de la Ciudad de México**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Direccion de Finanzas**

Número exterior: **202**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Buenavista**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Coordinador Especializado a**

Código postal: **06350**

Especifique función principal: **Otro - Administrativo**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Mayo de 2019** Teléfono de oficina y extensión: **5555475720**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Unidad Departamental**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Salud

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2007**

Fecha de egreso: **1 de Octubre de 2015**

Área de adscripción / Área: **Direccion General de Administracion**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **jud de Administracion**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Especifique función principal: **Otro - Adminsitrativo**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Secretaría de Salud

Fecha de ingreso: **1 de Enero de 1900**

Fecha de egreso: **1 de Enero de 1900**

Área de adscripción / Área: **Direccion General de Administracion**

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): **278,709.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **45,000.00**

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): **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): **45,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **PENSION**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **323,709.00**