



Declaración pública **Declaración de conclusión** de **RODOLFO REMIGIO LEON AGUIRRE** en el puesto **COORDINADOR "A" U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2024**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Rodolfo Remigio Leon Aguirre**

Correo electrónico institucional: **rodolfoleon591@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciado en Administracion de Empresas**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Universidad Autonoma de Guadalajara**

Fecha: **25 de Mayo de 2018**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Preparatoria Agua Caliente**

Fecha: **25 de Mayo de 2018**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Secundaria Agua Caliente**

Fecha: **25 de Mayo de 2018**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Nicolas Bravo**

Fecha: **25 de Mayo de 2018**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Calle 6 y Tomas Roda**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Centro de Salud dr. Luis Mazzotti Galindo**

Número exterior: **0**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztacalco**

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

Colonia/Localidad: **Agrícola Pantitlán**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Soporte Administrativo "c"**

Código postal: **08100**

Especifique función principal: **Administración de Bienes**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 2017**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700**

**Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

|                                                                                                                                  |                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Ámbito / Sector en el que laboraste: <b>Público</b>                                                                              | Empleo cargo o comisión / Puesto: <b>Soporte Administrativo a Eventual</b> |
| Nivel / Orden de gobierno: <b>Estatal</b>                                                                                        | Especifique función principal: <b>Administración de Bienes</b>             |
| Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:<br><b>Servicios de Salud Pública del Distrito Federal</b> | Fecha de ingreso: <b>16 de Agosto de 2017</b>                              |
| Área de adscripción / Área: <b>Centro de Salud 2 de Octubre</b>                                                                  | Fecha de egreso: <b>19 de Mayo de 2022</b>                                 |
|                                                                                                                                  | Lugar donde se ubica: <b>México</b>                                        |
| <hr/>                                                                                                                            |                                                                            |
| Ámbito / Sector en el que laboraste: <b>Privado</b>                                                                              | Empleo cargo o comisión / Puesto: <b>Gerente</b>                           |
| Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:<br><b>Comercializadora gab</b>                            | Fecha de ingreso: <b>3 de Marzo de 2003</b>                                |
| Área de adscripción / Área: <b>Comercializadora gab</b>                                                                          | Fecha de egreso: <b>15 de Febrero de 2006</b>                              |
| R.F.C. (Si es sector privado): <b>(Ninguno)</b>                                                                                  | Sector al que pertenece: <b>Comercio al por Mayor</b>                      |
|                                                                                                                                  | Lugar donde se ubica: <b>México</b>                                        |
| <hr/>                                                                                                                            |                                                                            |
| Ámbito / Sector en el que laboraste: <b>Privado</b>                                                                              | Empleo cargo o comisión / Puesto: <b>Apoyo Administrativo</b>              |
| Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:<br><b>Despacho Diaz de Leon y Asociados</b>               | Fecha de ingreso: <b>15 de Febrero de 2002</b>                             |
| Área de adscripción / Área: <b>Despacho Diaz de Leon y Asociados</b>                                                             | Fecha de egreso: <b>30 de Marzo de 2003</b>                                |
| R.F.C. (Si es sector privado): <b>(Ninguno)</b>                                                                                  | Sector al que pertenece: <b>Servicios Profesionales</b>                    |
|                                                                                                                                  | Lugar donde se ubica: <b>México</b>                                        |

**Ingresos netos del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante, pareja y/o dependientes económicos**

I - Remuneración neta del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **21,220.00**

II - Otros ingresos del declarante (Suma del II.1 al II.5): **6,000.00**

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): **6,000.00**

**ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO APOYO DE FAMILIARES**

A. Ingreso del declarante del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión (suma del numeral I y II): **27,220.00**

**¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?**

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **Si**

Fecha de inicio: **(Ninguno)**

Fecha de salida: **(Ninguno)**

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): **(Ninguno)**

II - Otros ingresos del declarante (Suma del II.1 al II.5): **(Ninguno)**

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

II.2 - Por actividad financiera (Después de impuestos): **(Ninguno)**

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

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

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

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

#### **Bienes inmuebles**

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

#### **Bienes muebles**

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

#### **Vehículos**

Todos los datos de vehículos declarados a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

#### **Inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos**

Todos los datos de las inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

#### **Adeudos / Pasivos**

Todos los datos de los adeudos / pasivos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos

No aplica

#### **Préstamo o comodato por terceros**

No aplica

### **II. DECLARACIÓN DE INTERESES**

#### **Participación en empresas, sociedades o asociaciones (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de la participación en empresas, sociedades o asociaciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

#### **¿Participa en la toma de decisiones de alguna de estas instituciones? (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de la participación en alguna de estas instituciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

**Apoyos o beneficios públicos (hasta los 2 últimos años)**

Nombre del programa: **Adulto Mayor**

Institución que otorga el apoyo: **Secretaría del Bienestar**

Tipo de apoyo: **Otro**

Otro tipo de apoyo: **Tarjeta Adulto Mayor**

Nivel u orden de gobierno: **Federal**

Forma de recepción del apoyo: **Monetario**

Monto aproximado del apoyo mensual: **3,000.00**

---

**Representación (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de representación de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

**Clientes principales (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de clientes principales de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

**Beneficios privados (hasta los 2 últimos años)**

No aplica

**Participación en Fideicomisos (hasta los 2 últimos años)**

Todos los datos de participación en fideicomisos de pareja o dependiente economico no serán públicos.

No aplica