

**SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**  
**DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL Y DE INTERESES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS**  
**DECLARACIÓN MODIFICACIÓN 2022**

FECHA DE RECEPCIÓN: 31/05/2022

**SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD PRESENTO A USTED MI DECLARACIÓN PATRIMONIAL Y DE INTERESES, CONFORME A LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 32 Y 33 DE LA LEY GENERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS.

**DATOS GENERALES DEL SERVIDOR PUBLICO**

NOMBRE(S): MUÑOZ LUNA JOSE DE JESUS  
CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL:

**DATOS CURRICULARES DEL DECLARANTE**

| ESCOLARIDAD  |                       |           |                                        |            |                    |            |
|--------------|-----------------------|-----------|----------------------------------------|------------|--------------------|------------|
| NIVEL        | INSTITUCIÓN EDUCATIVA | UBICACIÓN | CARRERA O ÁREA DE CONOCIMIENTO         | ESTATUS    | DOCUMENTO OBTENIDO | FECHA      |
| LICENCIATURA | UAT                   | MEXICO    | LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA | FINALIZADO | TITULO             | 2000-04-04 |

**DATOS DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN ACTUAL**

NIVEL / ORDEN DE GOBIERNO: ESTATAL  
ÁMBITO PÚBLICO: EJECUTIVO  
NOMBRE DEL ENTE PÚBLICO: O.P.D. SALUD DE TLAXCALA  
NIVEL JERARQUICO: OPERATIVO (A) U HOMOLOGO (A)  
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN: HOSPITAL GENERAL REGIONAL EMILIO SANCHEZ PIEDRAS  
EMPLEO, CARGO O COMISIÓN: AUXILIAR DE ENFERMERIA  
¿ESTÁ CONTRATADO POR HONORARIOS?: No  
NIVEL DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN: OPERATIVO  
ESPECIFIQUE FUNCIÓN PRINCIPAL: ENFERMERO EN EL AREA DE URGENCIAS  
FECHA DE TOMA DE POSESIÓN DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN: 2008-12-08  
TELÉFONO DE OFICINA Y EXTENSIÓN: 2414188100 210

**DOMICILIO DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN**

|                                                  |                              |                      |                          |
|--------------------------------------------------|------------------------------|----------------------|--------------------------|
| EN MÉXICO DOMICILIO DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN |                              |                      |                          |
| CALLE:                                           | CARRETERA APIZACO SAN ANDRES | NÚMERO EXTERIOR:     | S/N                      |
| NÚMERO INTERIOR:                                 |                              | COLONIA / LOCALIDAD: | SAN ANDRES AHUASHUATEPEC |
| MUNICIPIO / ALCALDÍA:                            | TZOMPANTEPEC                 | ENTIDAD FEDERATIVA:  | TLAXCALA                 |
| CÓDIGO POSTAL:                                   | 90491                        |                      |                          |

**EXPERIENCIA LABORAL (ÚLTIMOS CINCO EMPLEOS)**

EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO

|                                                                        |                               |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| ÁMBITO / SECTOR EN EL QUE LABORASTE:                                   | PRIVADO                       |
| NOMBRE DEL ENTE PÚBLICO / NOMBRE DE LA EMPRESA, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN: | SERVICIOS SIGARZA             |
| RFC:                                                                   |                               |
| ÁREA DE ADSCRIPCIÓN / ÁREA:                                            | UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS |
| EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO:                                     | ENFERMERO CLINICO             |
| SECTOR AL QUE PERTENECE:                                               | SERVICIOS DE SALUD            |
| FECHA DE INGRESO:                                                      | 1999-04-01                    |
| FECHA DE EGRESO:                                                       | 2000-08-30                    |
| LUGAR DONDE SE UBICA:                                                  | MEXICO                        |

EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO

|                                                                        |                               |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| ÁMBITO / SECTOR EN EL QUE LABORASTE:                                   | PRIVADO                       |
| NOMBRE DEL ENTE PÚBLICO / NOMBRE DE LA EMPRESA, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN: | HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES |
| RFC:                                                                   |                               |
| ÁREA DE ADSCRIPCIÓN / ÁREA:                                            | ENFERMERIA                    |
| EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO:                                     | ENFERMERO CLINICO             |
| SECTOR AL QUE PERTENECE:                                               | SERVICIOS DE SALUD            |
| FECHA DE INGRESO:                                                      | 2000-08-15                    |
| FECHA DE EGRESO:                                                       | 2000-12-08                    |
| LUGAR DONDE SE UBICA:                                                  | MEXICO                        |

EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO

|                                                                        |                                             |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| ÁMBITO / SECTOR EN EL QUE LABORASTE:                                   | PRIVADO                                     |
| NOMBRE DEL ENTE PÚBLICO / NOMBRE DE LA EMPRESA, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN: | ORGANIZACION FARMACEUTICA LUMING SA DE C.V. |
| RFC:                                                                   |                                             |
| ÁREA DE ADSCRIPCIÓN / ÁREA:                                            | DE VENTAS                                   |
| EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO:                                     | VENTA EN MOSTRADOR                          |
| SECTOR AL QUE PERTENECE:                                               | SERVICIOS DE SALUD                          |
| FECHA DE INGRESO:                                                      | 2004-03-01                                  |
| FECHA DE EGRESO:                                                       | 2005-04-30                                  |
| LUGAR DONDE SE UBICA:                                                  | MEXICO                                      |

INGRESOS NETOS DEL DECLARANTE, (ENTRE EL 1 DE ENERO Y 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR)

|                                                                                                                                                                                                      |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| I. REMUNERACIÓN ANUAL NETA DEL DECLARANTE POR SU CARGO PÚBLICO (POR CONCEPTO DE SUELDOS, HONORARIOS, COMPENSACIONES, BONOS, AGUINALDOS Y OTRAS PRESTACIONES) (CANTIDADES NETAS DESPUÉS DE IMPUESTOS) | 247806 |
| II. OTROS INGRESOS DEL DECLARANTE (SUMA DEL II.1 AL II.5)                                                                                                                                            | 0      |
| II.1 POR ACTIVIDAD INDUSTRIAL, COMERCIAL Y / O EMPRESARIAL (DESPUÉS DE IMPUESTOS)                                                                                                                    |        |
| II.2 POR ACTIVIDAD FINANCIERA (RENDIMIENTOS O GANANCIAS) (DESPUÉS DE IMPUESTOS)                                                                                                                      | 0      |
| II.3 POR SERVICIOS PROFESIONALES, CONSEJOS, CONSULTORÍAS Y / O ASESORÍAS (DESPUÉS DE IMPUESTOS)                                                                                                      |        |
| II.4 POR ENAJENACIÓN DE BIENES (DESPUÉS DE IMPUESTOS)                                                                                                                                                | 0      |
| II.5 OTROS INGRESOS NO CONSIDERADOS A LOS ANTERIORES (DESPUÉS DE IMPUESTOS)                                                                                                                          |        |
| A. INGRESO ANUAL NETO DEL DECLARANTE (SUMA DEL NUMERAL I Y II)                                                                                                                                       | 247806 |

POR ACTIVIDAD INDUSTRIAL, COMERCIAL Y / O EMPRESARIAL (DESPUÉS DE IMPUESTOS).

|                       |                 |       |
|-----------------------|-----------------|-------|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | TIPO DE NEGOCIO | MONTO |
|-----------------------|-----------------|-------|

POR ACTIVIDAD FINANCIERA (RENDIMIENTOS O GANANCIAS) (DESPUÉS DE IMPUESTOS).

|                  |       |
|------------------|-------|
| TIPO INSTRUMENTO | MONTO |
| CAPITAL          | 0     |

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| FONDOS DE INVERSIÓN                  | 0 |
| ORGANIZACIONES PRIVADAS              | 0 |
| SEGURO DE SEPARACIÓN INDIVIDUALIZADO | 0 |
| VALORES BURSÁTILES                   | 0 |
| BONOS                                | 0 |
| OTRO (ESPECIFIQUE)                   | 0 |

|                                                                                             |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| POR SERVICIOS PROFESIONALES, CONSEJOS, CONSULTORÍAS Y / O ASESORÍAS (DESPUÉS DE IMPUESTOS). |       |
| TIPO DE SERVICIO                                                                            | MONTO |

|                                                  |       |
|--------------------------------------------------|-------|
| POR ENAJENACIÓN DE BIENES (DESPUÉS DE IMPUESTOS) |       |
| TIPO BIEN                                        | MONTO |
| MUEBLE                                           | 0     |
| INMUEBLE                                         | 0     |
| VEHÍCULO                                         | 0     |

|                                                                         |       |
|-------------------------------------------------------------------------|-------|
| OTROS INGRESOS NO CONSIDERADOS A LOS ANTERIORES (DESPÚES DE IMPUESTOS). |       |
| TIPO INGRESO                                                            | MONTO |