

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA  
DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL Y DE INTERESES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS  
DECLARACIÓN MODIFICACIÓN 2023

FECHA DE RECEPCIÓN: 29/05/2023

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): ARAUZ MONTERO HILDA ANDREA  
CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL:

DATOS CURRICULARES DEL DECLARANTE

| ESCOLARIDAD |                                     |           |                                |            |                    |            |
|-------------|-------------------------------------|-----------|--------------------------------|------------|--------------------|------------|
| NIVEL       | INSTITUCIÓN EDUCATIVA               | UBICACIÓN | CARRERA O ÁREA DE CONOCIMIENTO | ESTATUS    | DOCUMENTO OBTENIDO | FECHA      |
| MAESTRIA    | INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA | MEXICO    | MAESTRIA EN SALUD PUBLICA      | FINALIZADO | TITULO             | 2016-09-01 |

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: ENLACE U HOMOLOGO (A)  
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN: EPIDEMIOLOGIA  
EMPLEO, CARGO O COMISIÓN: RESPONSABLE DE PROGRMA DE VIH, ITS Y VHC  
¿ESTÁ CONTRATADO POR HONORARIOS?: No  
NIVEL DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN: CONFIANZA  
ESPECIFIQUE FUNCIÓN PRINCIPAL: COORDINAR  
FECHA DE TOMA DE POSESIÓN DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN: 2021-12-31  
TELÉFONO DE OFICINA Y EXTENSIÓN: 2464665315 1

DOMICILIO DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN

EN MÉXICO DOMICILIO DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN

|                       |                       |                      |            |
|-----------------------|-----------------------|----------------------|------------|
| CALLE:                | AVENIDA CONSTRUCTORES | NÚMERO EXTERIOR:     | 2          |
| NÚMERO INTERIOR:      |                       | COLONIA / LOCALIDAD: | EL SABINAL |
| MUNICIPIO / ALCALDÍA: | TLAXCALA              | ENTIDAD FEDERATIVA:  | TLAXCALA   |
| CÓDIGO POSTAL:        | 90000                 |                      |            |

EXPERIENCIA LABORAL (ÚLTIMOS CINCO EMPLEOS)

EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO

ÁMBITO / SECTOR EN EL QUE LABORASTE:  
NIVEL / ORDEN DE GOBIERNO:  
ÁMBITO PÚBLICO:  
NOMBRE DEL ENTE PÚBLICO / NOMBRE DE LA EMPRESA,  
SOCIEDAD O ASOCIACIÓN:  
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN / ÁREA:  
EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO:  
ESPECIFIQUE FUNCIÓN PRINCIPAL:  
FECHA DE INGRESO:  
FECHA DE EGRESO:  
LUGAR DONDE SE UBICA:

PUBLICO  
ESTATAL  
ORGANO AUTÓNOMO  
  
ISSSTEP  
  
UNIDAD MEDICA DE CHOLULA  
CPPRDINADOR DE SERVICIOS A  
DIRECCIÓN DE UNIDAD  
2021-10-01  
2021-12-31  
MEXICO

EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO

ÁMBITO / SECTOR EN EL QUE LABORASTE:  
NIVEL / ORDEN DE GOBIERNO:  
ÁMBITO PÚBLICO:  
NOMBRE DEL ENTE PÚBLICO / NOMBRE DE LA EMPRESA,  
SOCIEDAD O ASOCIACIÓN:  
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN / ÁREA:  
EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO:  
ESPECIFIQUE FUNCIÓN PRINCIPAL:  
FECHA DE INGRESO:  
FECHA DE EGRESO:  
LUGAR DONDE SE UBICA:

PUBLICO  
ESTATAL  
ORGANO AUTÓNOMO  
  
ISSSTEP  
  
CLINICA 2  
DIRECCIÓN DE UNIDAD  
DIRECCIÓN  
2020-06-16  
2021-09-30  
MEXICO

EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO

ÁMBITO / SECTOR EN EL QUE LABORASTE:  
NIVEL / ORDEN DE GOBIERNO:  
ÁMBITO PÚBLICO:  
NOMBRE DEL ENTE PÚBLICO / NOMBRE DE LA EMPRESA,  
SOCIEDAD O ASOCIACIÓN:  
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN / ÁREA:  
EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO:  
ESPECIFIQUE FUNCIÓN PRINCIPAL:  
FECHA DE INGRESO:  
FECHA DE EGRESO:  
LUGAR DONDE SE UBICA:

PUBLICO  
ESTATAL  
ORGANO AUTÓNOMO  
  
ISSSTEP  
  
UNIDAD DE SERVICIOS MEDICOS FORANEOS  
JEFA DE UNIDAD  
DIRECCIÓN  
2020-02-01  
2020-06-15  
MEXICO

EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO

ÁMBITO / SECTOR EN EL QUE LABORASTE:  
NIVEL / ORDEN DE GOBIERNO:  
ÁMBITO PÚBLICO:  
NOMBRE DEL ENTE PÚBLICO / NOMBRE DE LA EMPRESA,  
SOCIEDAD O ASOCIACIÓN:  
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN / ÁREA:  
EMPLEO, CARGO O COMISIÓN / PUESTO:  
ESPECIFIQUE FUNCIÓN PRINCIPAL:  
FECHA DE INGRESO:  
FECHA DE EGRESO:  
LUGAR DONDE SE UBICA:

PUBLICO  
ESTATAL  
ORGANO AUTÓNOMO  
  
SECRETARIA DE SALUD DE PUEBLA  
  
JEFATURA DE SALUD REPRODUCTIVA  
JEFA DE DEPARTAMENTO  
COORDINAR  
2019-03-16  
2019-12-31  
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) | 479248 |
| 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)                                                                                                                                       | 479248 |

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 (DESPUÉS DE IMPUESTOS).

| TIPO INGRESO | MONTO |
|--------------|-------|
|--------------|-------|

BIENES INMUEBLES (ENTRE EL 1 DE ENERO Y EL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR)

( Ninguno )

VEHÍCULOS (ENTRE EL 1 DE ENERO Y EL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR)

( Ninguno )

BIENES MUEBLES ( ENTRE EL 1 DE ENERO Y EL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR )

TODOS LOS DATOS DE LOS BIENES DECLARADOS A NOMBRE DE LA PAREJA, DEPENDIENTES ECONÓMICOS Y/O TERCEROS O QUE SEA EN COPROPIEDAD CON EL DECLARANTE NO SERÁN PÚBLICOS.  
BIENES DEL DECLARANTE, PAREJA Y / O DEPENDIENTES ECONÓMICOS:

|                                             |                                                                |                                     |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| TITULAR DEL BIEN:<br>DECLARANTE             | TIPO DEL BIEN:<br>APARATOS ELECTRÓNICOS Y<br>ELECTRÓDOMESTICOS |                                     |
| TRANSMISOR:<br>PERSONA FISICA               |                                                                |                                     |
| TRANSMISOR:<br>PERSONA FISICA               |                                                                |                                     |
| DESCRIPCION GENERAL DEL BIEN:<br>TELEVISION | FORMA DE ADQUISICIÓN:<br>COMPRVENTA                            | FORMA DE PAGO:<br>CRÉDITO           |
| TIPO DE MONEDA:<br>PESO MEXICANO            | VALOR DE ADQUISICIÓN DEL MUEBLE:<br>14000                      | FECHA DE ADQUISICIÓN:<br>2021-03-30 |
| EN CASO DE BAJA DEL MUEBLE INCLUIR MOTIVO:  |                                                                |                                     |

|                                               |                                                                |                                     |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| TITULAR DEL BIEN:<br>DECLARANTE               | TIPO DEL BIEN:<br>APARATOS ELECTRÓNICOS Y<br>ELECTRÓDOMESTICOS |                                     |
| TRANSMISOR:<br>PERSONA FISICA                 |                                                                |                                     |
| DESCRIPCION GENERAL DEL BIEN:<br>REFRIGERADOR | FORMA DE ADQUISICIÓN:<br>COMPRVENTA                            | FORMA DE PAGO:<br>CRÉDITO           |
| TIPO DE MONEDA:<br>PESO MEXICANO              | VALOR DE ADQUISICIÓN DEL MUEBLE:<br>12000                      | FECHA DE ADQUISICIÓN:<br>2018-10-30 |
| EN CASO DE BAJA DEL MUEBLE INCLUIR MOTIVO:    |                                                                |                                     |

|                                            |                                                                |                                     |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| TITULAR DEL BIEN:<br>DECLARANTE            | TIPO DEL BIEN:<br>APARATOS ELECTRÓNICOS Y<br>ELECTRÓDOMESTICOS |                                     |
| TRANSMISOR:<br>PERSONA FISICA              |                                                                |                                     |
| DESCRIPCION GENERAL DEL BIEN:<br>ESTUFA    | FORMA DE ADQUISICIÓN:<br>COMPRVENTA                            | FORMA DE PAGO:<br>CRÉDITO           |
| TIPO DE MONEDA:<br>PESO MEXICANO           | VALOR DE ADQUISICIÓN DEL MUEBLE:<br>9000                       | FECHA DE ADQUISICIÓN:<br>2018-10-30 |
| EN CASO DE BAJA DEL MUEBLE INCLUIR MOTIVO: |                                                                |                                     |

INVERSIONES, CUENTAS BANCARIAS Y OTRO TIPO DE VALORES / ACTIVOS ( ENTRE EL 1 DE ENERO Y EL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO  
( Ninguno )

ADEUDOS / PASIVOS (ENTRE EL 1 DE ENERO Y EL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR)  
( Ninguno )

PRÉSTAMO O COMODATO POR TERCEROS ( ENTRE EL 1 DE ENERO Y EL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR )  
( Ninguno )

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.

|                                     |                                                     |                                              |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| TIPO OPERACIÓN :                    | PARTICIPANTE:                                       | NOMBRE DE LA EMPRESA, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN: |
| SIN CAMBIO                          | DECLARANTE                                          | HIGIA                                        |
| RFC:                                | PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE ACUERDO A ESCRITURA: | TIPO DE PARTICIPACIÓN:                       |
|                                     | 25                                                  | SOCIO                                        |
| MONTO MENSUAL NETO:                 | ¿RECIBE REMUNERACIÓN POR SU PARTICIPACIÓN?          |                                              |
|                                     | No                                                  |                                              |
|                                     | LUGAR DONDE SE UBICA                                |                                              |
|                                     | EN MÉXICO                                           |                                              |
| ENTIDAD FEDERATIVA:                 | OAXACA                                              |                                              |
| SECTOR PRODUCTIVO AL QUE PERTENECE: | SERVICIOS DE SALUD                                  |                                              |

¿ PARTICIPA EN LA TOMA DE DECISIONES DE ALGUNA DE ESTAS INSTITUCIONES ? (HASTA LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS)

( Ninguno )

APOYOS O BENEFICIOS PÚBLICOS (HASTA LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS)

( Ninguno )

REPRESENTACIÓN (HASTA LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS)

( Ninguno )

BENEFICIOS PRIVADOS (HASTA LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS)

( Ninguno )

FIDEICOMISOS (HASTA LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS)

( Ninguno )