



Universidad Autónoma de Tlaxcala  
Contraloría Universitaria



No. Oficio CU/OIC-835/2024  
ASUNTO: RESPUESTA SAI

LIC. EDGAR ISRAEL HERRERA MARTÍNEZ  
TITULAR DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TLAXCALA

Con fundamento en el artículo 6°, segundo párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el artículo 19, fracción V de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala, artículos 1, 4, 6, 12, 14, 16, 24, 41 fracciones II, IV, V y artículo 113 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Tlaxcala.

En atención a su oficio número CIIT-339/2024 al que anexa la solicitud de acceso a la información pública, dirigida a esta Universidad, en su carácter de Sujeto Obligado, con número de folio 290538924000098; recibida a través del Sistema de Solicitudes de Acceso a la Información (SISAI), de la Plataforma Nacional de Transparencia (PNT); por este medio, remito respuesta de la gestión y búsqueda realizada en esta Unidad administrativa, a efecto de que realice la entrega de la respuesta correspondiente al solicitante.

PREGUNTA	RESPUESTA
Solicito se me proporcione la declaración patrimonial del Doctor Hugo Sánchez Sánchez	En Atención a su solicitud, le informo que no se encuentra en la base de datos de esta Universidad al C. Hugo Sánchez Sánchez. Sin embargo, el Coordinador del Programa Educativo de Medico Cirujano es el C. Hugo Jaime Sánchez Sánchez del cual se adjunta su última Declaración Patrimonial y de Intereses en Versión Publica.



Anexa: Declaración Patrimonial.

ATENTAMENTE  
"Por la cultura a la justicia social"  
Tlaxcala, Tlax., a 9 de septiembre de 2024

LIC. ROSAMPARO FLORES CORTES  
CONTRALORA  
UNIVERSITARIA

c.c.p. Archivo





Universidad  
Autónoma de (/index)  
Tlaxcala

## Datos Generales

**Fecha de recepción:** 30/05/23

**Tipo de declaración:** Modificación

**Nombres:** HUGO JAIME

**Primer apellido:** SANCHEZ

**Segundo apellido:** SANCHEZ

**Correo electrónico institucional:** direccion.fcs@uatx.mx

## Datos del empleo, cargo o comision que inicia

**Nivel/orden de gobierno:** ESTATAL

**Ámbito público:** ORGANO AUTONOMO

**Nombre del ente público:** UNIVERSIDAD AUTONOMA DE TLAXCALA

**Area de adscripcion:** Facultad de ciencias de la salud

**Empleo, cargo o comision:** ACADÉMICO DE CARRERA TITULAR

**¿Esta contratado por honorarios?:** No

**Nivel del empleo:** C

**Especifique funcion principal:** docencia

**Fecha de toma de posesion del empleo cargo o comision:** 01/02/00

**Tipo de personal:** Académico

**Teléfono de oficina y extensión:** 2464970603

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

**Calle:** calle ciencias de la salud

**Numero exterior:**

**Número interior:** 11,

**Colonia/localidad:** tercera seccion

**Municipio/alcaldia:** zacatelco

**Entidad federativa:** Tlaxcala

**Pais:**

**Código postal:** 90750



## Datos curriculares del declarante

**Nivel:** Especialidad

**Institución educativa:** UATX

**Carrera o área de conocimiento:** medicina

**Estatus:** FINALIZADO

**Documento obtenido:** TITULO

**Fecha de obtención del documento:** 28/05/21

**Lugar donde se ubica la institución educativa:** En México

**Nivel:** Especialidad

**Institución educativa:** IMSS

**Carrera o área de conocimiento:** medicina

**Estatus:** FINALIZADO

**Documento obtenido:** TITULO

**Fecha de obtención del documento:**

**Lugar donde se ubica la institución educativa:** En México

## Experiencia Laboral

**Ámbito/sector en el que laboraste:** PÚBLICO

**Nivel/orden de gobierno:** FEDERAL

**Ámbito público:**

**Nombre del ente público/nombre de la empresa, sociedad o asociacion:** IMSS

**Area de adscripcion/area:** CONSULTA EXTERNA

**Empleo, cargo o comision/puesto:** ATENCION MEDICA

**Especifique funcion principal:** atención medica al derechohabiente

**Sector al que pertenece:** Servicios de salud

**Fecha de ingreso:** 01/03/88

**Fecha de egreso:** 16/11/16

**Lugar donde se ubica:**

**Ámbito/sector en el que laboraste:** PÚBLICO

**Nivel/orden de gobierno:** FEDERAL

**Ámbito público:****Nombre del ente público/nombre de la empresa, sociedad o asociacion:** IMSS**Area de adscripcion/area:** CONSULTA EXTERNA**Empleo, cargo o comision/puesto:** ATENCION MEDICA**Especifique funcion principal:** atención medica al derechohabiente**Sector al que pertenece:** Servicios de salud**Fecha de ingreso:** 01/03/88**Fecha de egreso:** 16/11/16**Lugar donde se ubica:****Ámbito/sector en el que laboraste:** PUBLICO**Nivel/orden de gobierno:** FEDERAL**Ámbito público:** ÓRGANO AUTÓNOMO**Nombre del ente público/nombre de la empresa, sociedad o asociacion:** imss**Area de adscripcion/area:** areaclinica**Empleo, cargo o comision/puesto:** servidor publico**Especifique funcion principal:** atencion al publico**Sector al que pertenece:** Servicios de salud**Fecha de ingreso:** 01/03/88**Fecha de egreso:****Lugar donde se ubica:****Ámbito/sector en el que laboraste:** PÚBLICO**Nivel/orden de gobierno:** FEDERAL**Ámbito público:** ÓRGANO AUTÓNOMO**Nombre del ente público/nombre de la empresa, sociedad o asociacion:** IMSS**Area de adscripcion/area:** área clínica**Empleo, cargo o comision/puesto:** medico**Especifique funcion principal:** atencion medica**Sector al que pertenece:** Servicios de salud**Fecha de ingreso:** 01/03/88**Fecha de egreso:** 16/11/16**Lugar donde se ubica:**

# Ingresos netos del declarante, pareja y/o dependientes económicos

**Remuneración anual neta del declarante por su cargo público:** 932800

**Otros ingresos anual del declarante (suma del 11.1 al 11.4):**

**Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (después de impuestos):**

**Nombre o razón social:** Universidad Autónoma de Tlaxcala e IMSS

**Tipo de negocio:**

**Por actividad financiera (rendimientos o ganancias) (después de impuestos) :**

**Tipo de instrumento que generó el rendimiento o ganancia:**

**Por servicios profesionales, consejos, consultorias y/o asesorías (después de impuestos):**

**Tipo de servicio prestado:**

**Otros ingresos no considerados a los anteriores (después de impuestos):**

**Especificar tipo de ingreso (arrendamiento, regalía, sorteos, concursos, donaciones, seguros de vida, etc):** Actual

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

**Total de ingresos anual netos percibidos por el declarante, pareja y/o dependientes económicos (suma de los apartados A y B):** 932800