MORELOS

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL DE
INICIO DEL CARGO

SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA DEL ESTADO
RECIBIDO
30 MAR 2015
SUBSECRETARÍA JURÍDICA Y RESPONSABILIDADES
Área exclusiva para sello.

Cuernavaca, Mor., a 30 **de** Marzo **del 20**15

C. SANDRA LILIA ANDRADE GARCIA

Presente.

Se hace constar que con esta fecha se recibió su DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL,en cumplimiento a lo previsto en los artículos 27 fracción XI, 75 y 77 fracción I y III de la Ley Estatal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

Por acuerdo del C. Director General de Asuntos Jurídicos y Situación Patrimonial de esta Secretaría de la Contraloría, acusamos de recibido su declaración, la cual pasará a formar parte del expediente a su nombre que obra en esta Dirección General.

Se recomienda conservar copia requisitada de este formato, ya que de solicitar copias a la Dependencia será mediante escrito y previo pago.

ATENTAMENTE
SUBSECRETARIA JURIDICA Y DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS

MORELOS
PODER EJECUTIVO

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL DE INICIO DEL CARGO

Área exclusiva para sello.

C.C. SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA

Bajo protesta de decir verdad y en cumplimiento a lo previsto en los artículos 27 fracción XI, 75 y 77 fracciones I y III de la Ley Estatal de Respondabilidades de los Servidores Públicos, presento ante usted mi Declaración de situación Patrimonial.

I.- DATOS GENERALES

Apellido Paterno: ANDRADE

Apellido Materno: GARCIA

Nombre(s): SANDRA LILIA

POSTGRADO Grado máximo de estudios	PEDIATRIA Especialidad	3393760 No.Cédula Profesional	MEXICANA Nacionalidad

AAGS640112 Registro Federal de Contribuyentes	EI3 Homoclave	AAGS640112MMSNRN04 CURP	ZACATEPEC Lugar de nacimiento (Delegación o Municipio)

Estado	12/01/1964 Fecha de nacimiento	51 Edad	Sexo	CASADO Estado Civil

Domicilio Particular (calle y número exterior e interior)	Colonia

Delegación o Municipio	MORELOS Entidad Federativa	777 Lada	Teléfono Particular	62550 Código Postal

sandraliliaandrade@hotmail.com Correo electrónico personal	Correo electrónico personal opcional

Firma del Declarante

X.- DATOS DEL CÓNYUGE

☐ Ninguno

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Domicilio particular (calle y número exterior e interior)

Colonia

Delegación o Municipio

MORELOS
Entidad Federativa

62550
Código Postal

Registro Federal de Contribuyentes

Homoclave

777
Lada

Teléiono particular

Lugar de Trabajo

Lada

Teléfono del lugar de trabajo

Extensión

Domicilio del lugar de Trabajo

Colonia

Delegación o Municipio

MORELOS
Entidad Federativa

Código Postal

Cargo y/o actividad que desempeña

XI.- DEPENDIENTES ECONÓMICOS

☐ Ninguno

DATOS DE SUS DEPENDIENTES ECONÓMICOS		
Nombre	Edad	Parentesco o Vínculo

Firma del Declarante

V.- VEHÍCULOS

■ Ninguno

NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA

Firma del Declarante

II.- DATOS DEL CARGO

¿ Trabajo anteriormente en Gobierno del Estado ? SI ☐ NO ■

Directora de Area de Medicina Crítica y Urgencias — Cargo que va a desempeñar o que concluye

01 03 2015 — Fecha de Inicio o Conclusión

Hospital del Niño Morelense — Dependencia u Organismo

Dirección Médica — Area de Adscripción

Av de la Salud N°1 — Domicilio Oficial(calle y número e interior o piso)

Benito Juárez — Colonia

Emiliano Zapata — Delegación ó Municipio

Morelos — Entidad Federativa

62765 — Codigo Postal

01 — Lada

777 3 62 11 70 — Teléfono Oficial

1120 — Extensión

direcciónurgencias@hnm.org.mx — Correo(s) electrónico(s) Oficial(es)

Poder

III.- INGRESOS

(Anotar cantidades sin centavos)

Remuneración Mensual Neto del Servicio Público *(Anote la suma de sueldos, honorarios, compensaciones, gratificaciones, bonos y otras prestaciones que reciba de manera mensual)*	$ 29,400
Remuneración Mensual Neto del Servicio Público por otros ingresos *(Anote la suma de sueldos, honorarios, compensaciones, gratificaciones, bonos y otras prestaciones que reciba de manera mensual)* *Detalle el concepto de sus otros ingresos en la sección XI de Observaciones*	$ 19,500
Ingreso Mensual neto del declarante	$ 48,900
Ingreso Mensual Neto del cónyuge y dependientes	$ 25,590

IV.- BIENES MUEBLES

■ **Ninguno**

NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA

Firma del Declarante

VI.- BIENES INMUEBLES

■ Ninguno

NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA

Firma del Declarante

VII.- INVERSIONES

■ Ninguno

NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA

Firma del Declarante

VIII.- OTRO TIPO DE INVERSIÓN
(negocio, empresa, bufete, etc.)

■ Ninguno

NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA

Firma del Declarante

IX.- GRAVÁMENES O ADEUDOS

■ Ninguno

NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA

Firma del Declarante

XII.- OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES

■ Ninguno

NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA

XIII.- REFERENCIAS PERSONALES DE DOS FAMILIARES

Nombre completo empezando por apellido paterno, materno y nombre(s)	Domicilio	Teléfono
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]

C. Secretaría de la Contraloría del Estado, solicito se sirva tener por presentada esta declaración, pidiendo me sea otorgado el acuse de recibo correspondiente.

Así mismo y para efectos de lo señalado en el artículo 81 de la Ley Estatal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, manifiesto expresamente mi autorización para que se verifique y coteje, el contenido de esta Declaración, ante cualquier Institución.

Fecha de elaboración:

Fotografía

Firma del Declarante