



TIPO DECLARACIÓN: MODIFICACIÓN

DATOS GENERALES:

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
MARISOL	MARTINEZ	ZAVALA
Correo electrónico institucional		
Régimen Matrimonial	País de Nacimiento	Nacionalidad
SOCIEDAD CONYUGAL	MX	MEX

CARGO O COMISIÓN:

Nivel de Gobierno		Nombre del Ente Público	
MUNICIPAL_ALCALDIA		DIF	
Ámbito Público.	Área	Empleo o Comisión	Función Principal
ORGANO_AUTONOMO	SMDIF	ENFERMERA	ENFERMERA
Toma posesión.	Contrato por honorarios		
2021-10-15	No		

DATOS CURRICULARES (ESCOLARIDAD):

CARRERA TÉCNICA O COMERCIAL			
Nombre Institución:	INSTITUTO PROFESIONAL DE ENFERMERIA	Estado:	FINALIZADO
Carrera o Área de Conocimiento:	ENFERMERIA	Documento Obtenido:	CERTIFICADO
Fecha de Obtención:	28/08/2019	Lugar:	MX

INGRESOS DEL DECLARANTE:

Ingresos Netos Mensuales	
Importe	Moneda
\$18,000.00	MXN

EXPERIENCIA LABORAL:

Sin experiencia laboral.
