



TIPO DECLARACIÓN: MODIFICACIÓN

DATOS GENERALES:

| Nombre(s)                           | Apellido Paterno   | Apellido Materno |
|-------------------------------------|--------------------|------------------|
| GRISELDA                            | HERRERA            | ANZALDO          |
| Correo electrónico institucional    |                    |                  |
| coord_serv_pub@cuautlancingo.gob.mx |                    |                  |
| Régimen Matrimonial                 | País de Nacimiento | Nacionalidad     |
| No Aplica                           | MX                 | MEX              |

CARGO O COMISIÓN:

| Nivel de Gobierno  |      | Nombre del Ente Público |                                                                                                                            |
|--------------------|------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MUNICIPAL_ALCALDIA |      | H.AYUNTAMIENTO          |                                                                                                                            |
| Ámbito Público.    | Área | Empleo o Comisión       | Función Principal                                                                                                          |
| ORGANO_AUTONOMO    | DIF  | ENCARGADA DE FIOTERAPIA | SE ENFOCA AREHABILITAR A LOS PACINTES, PARA QUE NO DEPENDAN DE SEGUNDAS PERSONAS Y REINTEGRARLOS A SUS ACTIVIDADES DIARIAS |
| Toma posesión.     |      | Contrato por honorarios |                                                                                                                            |
| 2021-10-15         |      | No                      |                                                                                                                            |

DATOS CURRICULARES (ESCOLARIDAD):

| LICENCIATURA                    |              |                     |            |
|---------------------------------|--------------|---------------------|------------|
| Nombre Institución:             | UVP          | Estado:             | CURSANDO   |
| Carrera o Área de Conocimiento: | FISIOTERAPIA | Documento Obtenido: | CONSTANCIA |
| Fecha de Obtención:             | 08/01/2022   | Lugar:              | MX         |

INGRESOS DEL DECLARANTE:

| Ingresos Netos Mensuales |        |
|--------------------------|--------|
| Importe                  | Moneda |
| \$3,200.00               | MXN    |

EXPERIENCIA LABORAL:

|                          |
|--------------------------|
| Sin experiencia laboral. |
|--------------------------|