

630cd1e299a0a9c2af351928

29-08-2022 14:49:06



TIPO DECLARACIÓN: CONCLUSIÓN

DATOS GENERALES:

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
LEONILA	CARMONA	PALAFIX
Correo electrónico institucional		
vero_carmona9@hotmail.com		
País de Nacimiento	Nacionalidad	
MX	MEX	

CARGO O COMISIÓN:

Nivel de Gobierno		Nombre del Ente Público	
MUNICIPAL_ALCALDIA		PRESIDENCIA	
Ámbito Público.	Área	Empleo o Comisión	Función Principal
EJECUTIVO	SALUD DENTAL	SALUD DENTAL	CONSULTAS
Fecha conclusión.		Contrato por honorarios	
2021-10-15		No	

DATOS CURRICULARES (ESCOLARIDAD):

LICENCIATURA			
Nombre Institución:	UNIVERSIDADCUAUTHMOC	Estado:	FINALIZADO
Carrera o Área de Conocimiento:	ODONTOLOGIA	Documento Obtenido:	TITULO
Fecha de Obtención:	31/08/2000	Lugar:	MX
LICENCIATURA			
Nombre Institución:	UNIVERSIDADCUAUTHMOC	Estado:	FINALIZADO
Carrera o Área de Conocimiento:	ODONTOLOGIA	Documento Obtenido:	TITULO
Fecha de Obtención:	31/08/2000	Lugar:	MX

INGRESOS DEL DECLARANTE:

Ingresos Netos Mensuales	
Importe	Moneda
\$6,400.00	MXN

EXPERIENCIA LABORAL:

Sin experiencia laboral.
