

635721b161c1ab548063d7ab

24-10-2022 23:37:21



TIPO DECLARACIÓN: INICIAL

DATOS GENERALES:

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
JOSE CARLOS	PEDRAZA	CUAZITL
Correo electrónico institucional		
carlospedrazacuazitl@gmail.com		
País de Nacimiento	Nacionalidad	
MX	MEX	

CARGO O COMISIÓN:

Nivel de Gobierno		Nombre del Ente Público	
MUNICIPAL_ALCALDIA		H. AYUNTAMIENTO DE CUAUTLANCINGO	
Ámbito Público.	Área	Empleo o Comisión	Función Principal
EJECUTIVO	DIF	MEDICO	CONSULTA MEDICA
Toma posesión.	Contrato por honorarios		
2022-09-16	No		

DATOS CURRICULARES (ESCOLARIDAD):

ESPECIALIDAD			
Nombre Institución:	UNAM	Estado:	FINALIZADO
Carrera o Área de Conocimiento:	MEDICINA	Documento Obtenido:	TITULO
Fecha de Obtención:	28/02/1985	Lugar:	MX

INGRESOS DEL DECLARANTE:

Ingresos Netos Mensuales	
Importe	Moneda
\$124,871.00	MXN

EXPERIENCIA LABORAL:

No.	Detalles		
1	Ámbito Sector	Razón Social	
	PÚBLICO	IMSS	
	Área Adscripción	Cargo	Función Principal
	UMF12	MEDICO FAMILIAR	CONSULTA EXTERNA
	Nivel de Gobierno	Fecha Ingreso	Fecha Egreso
FEDERAL	01-03-1985	16-02-2022	