



# DECLARACIÓN 2020



CONTRALORIA  
GENERAL  
DEL ESTADO

Declarante: Luz Elena Anguiano Monsivais Folio: \_\_\_\_\_  
 Dependencia: INSTITUTO ESTATAL DE CIEGOS Fecha termino: \_\_\_\_\_  
 Cargo declarado: Técnico en Rehabilitación Clase declaración: Simplificada - B

Campo declaracion Valor formateado

**SITUACION DECLARACION** Declaración de Situación Patrimonial

**SECCION DECLARACION** Datos Generales

Nombre (s) Luz Elena  
 Primer Apellido Anguiano  
 Segundo Apellido Monsivais  
 CURP [REDACTED]  
 RFC [REDACTED]  
 Homoclave [REDACTED]  
 Correo electrónico institucional [REDACTED]  
 Correo electrónico personal [REDACTED]  
 Número telefónico de casa [REDACTED]  
 Número Celular Personal [REDACTED]  
 Situación Personal / Estado civil [REDACTED]  
 País de nacimiento [REDACTED]  
 Nacionalidad [REDACTED]  
 Aclaraciones / Observaciones

**SECCION DECLARACION** Domicilio del Declarante

Domicilio del declarante en México [REDACTED]  
 Domicilio del declarante en el extranjero  
 Aclaraciones Observaciones

**SECCION DECLARACION** Datos curriculares del declarante

Nivel de Escolaridad Carrera Técnica o Comercial  
 Institución educativa ACME  
 Carrera o Área de conocimiento REHABILITACION FISICA  
 Estatus Finalizado  
 Documento Obtenido Constancia  
 Fecha de obtención del documento 10/05/2013  
 Lugar donde se ubica la institución educativa En México  
 Aclaraciones / Observaciones



# DECLARACIÓN 2020



CONTRALORIA  
GENERAL  
DEL ESTADO

Declarante: Luz Elena Anguiano Monsivais Folio: \_\_\_\_\_  
 Dependencia: INSTITUTO ESTATAL DE CIEGOS Fecha termino: \_\_\_\_\_  
 Cargo declarado: Técnico en Rehabilitación Clase declaración: Simplificada - B

**SECCION DECLARACION Datos del empleo, cargo o comisión**

**Nivel / Orden de Gobierno** Estatal  
**Ámbito Público** Órgano Autónomo  
**Nombre del ente Público** INSTITUTO ESTATAL DE CIEGOS  
**Área de Adscripción** Dirección General  
**Empleo, Cargo o Comisión** Técnico en Rehabilitación  
**¿Está contratado por honorarios?** NO  
**Nivel del empleo o cargo o comisión**  
**Fecha de la toma de posesión del cargo, empleo o comisión** 01/03/2005  
**Especifique la función principal** Ayudar al paciente a conseguir el máximo nivel pos  
**Teléfono de oficina y extensión**  
**Domicilio del empleo, cargo o comisión en México** AGUSTIN VERA, 915, DEL VALLE, 78250, San Luis Potosí, San Luis Potosí, Mexico  
**Domicilio del empleo, cargo o comisión en el extranjero**  
**Aclaraciones / Observaciones**  
**¿Cuenta con otro empleo, cargo o comisión en el servicio público distinto al declarado?** NO

**SECCION DECLARACION Experiencia Laboral (Últimos cinco empleos)**

**Ámbito / Sector en el que Laboraste** Público  
**Nivel / Orden de Gobierno** Estatal  
**Ámbito Público** Órgano Autónomo  
**Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación** INSTITUTO ESTATAL DE CIEGOS  
**Área de Adscripción / Área** REHABILITACION FISICA  
**Empleo, Cargo o Comisión / Puesto** TECNICO EN REHABILITACION  
**Especifique Función Principal** ENCARGADA DEL AREA DE REHABILITACION FISICA  
**Fecha de ingreso** 01/03/2005  
**Fecha de Egreso**  
**Lugar donde se Ubica** En México  
**Aclaraciones / Observaciones**

**SECCION DECLARACION Ingresos Netos del Declarante, Pareja y / o dependientes económicos (entre el 1 de enero y 31 de diciembre del año inmediato anterior)**

**I. Remuneración anual neta del declarante por su cargo público (por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos, aguinaldos y otras prestaciones) (cantidades netas después de impuestos)** \$229,026.00



## DECLARACIÓN 2020



CONTRALORIA  
GENERAL  
DEL ESTADO

Declarante: Luz Elena Anguiano Monsivais Folio: \_\_\_\_\_  
Dependencia: INSTITUTO ESTATAL DE CIEGOS Fecha termino: \_\_\_\_\_  
Cargo declarado: Técnico en Rehabilitación Clase declaración: Simplificada - B

**II. Otros ingresos del declarante (suma del II.1 al II.5)** \$0.00

**II.1 Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (después de impuestos)** \$0.00

Nombre o Razón Social

Tipo de Negocio

**II.2 Por actividad financiera (rendimientos o ganancias)** \$0.00

Tipo de instrumento que generó el rendimiento o ganancia

Otro Tipo de Instrumento

**II.3 Por servicios profesionales, consejos, consultorías, y/o asesorías (después de impuestos)** \$0.00

Tipo de servicio prestado

**II.4 Por enajenación de bienes (Después de impuestos)** \$0.00

Tipo de Bien enajenado

Otro Tipo de Bien enajenado

**II.5 Otros Ingresos no considerados anteriormente (Después de impuestos).** \$0.00

Especificar tipo de ingreso (arrendamiento, regalía, sorteos, concursos, donaciones, seguro de vida, etc.)

**A. Ingreso Anual Neto del declarante (suma del I y II)** \$229,026.00

**B.- Ingreso anual neto de la pareja y/o dependientes económicos (después de impuestos)** \$0.00

**C.- Total de los ingresos anuales netos percibidos por el declarante, pareja y dependientes económicos (suma de los apartados A y B).** \$229,026.00

Aclaraciones / Observaciones