



Declaración pública **Declaración de modificación** de **IRMA VAZQUEZ TORRES** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Seguridad Ciudadana** en **2025**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Irma Vazquez Torres**

Correo electrónico institucional: **irma.vaz.tor.1@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Psicología**

Institución educativa: **Universidad Insurgentes**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **6 de Enero de 2020**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestria en Investigacion Criminalista en Ciencias Forenses**

Institución educativa: **Cecsijuc**

Ubicación: **México**

Estatus: **Cursando**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Seguridad Ciudadana**

Área de adscripción: **Dirección de Armamento**

Empleo, cargo o comisión: **Operativo u Homologo (a)**

¿Es contrato(a) por honorarios?: **no**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Suboficial**

Especifique función principal: **Otro - Funciones Administrativas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Agosto de 2020**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Domicilio del empleo, cargo o comisión: **México**

Calle: **Stan de Tiro**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

Colonia/Localidad: **Aeronáutica Militar**

Código postal: **15970**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5557228900**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Empleada**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Especialistas Opticos sa de cv

Fecha de ingreso: **29 de Octubre de 1997**

Fecha de egreso: **30 de Octubre de 1998**

Área de adscripción / Área: **Optometrista**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Lugar donde se ubica: **México**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Empleada de Mostrador**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Opticas York sa de cv

Fecha de ingreso: **12 de Marzo de 1998**

Fecha de egreso: **17 de Diciembre de 1999**

Área de adscripción / Área: **Ventas**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración anual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)
(Cantidades netas después de impuestos): **438,390.00**

II - Otros ingresos anuales 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**

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **0.00**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **438,390.00**