

Declaración pública **Declaración de modificación** de **LAURA LILIANA VICENTEÑO LOZADA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Tlalpan** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Laura Liliana Vicenteño Lozada**

Correo electrónico institucional: **lauravicent92@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Maestría en Desarrollo Social**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Academia de Ciencias Sociales y Desarrollo Humano**

Fecha: **23 de Noviembre de 2020**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Trabajo Social**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Fecha: **24 de Junio de 2016**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Moneda**

Nombre del ente público: **Alcaldía Tlalpan**

Número interior: **Interior Juana de Asbaje**

Área de adscripción: **Jefatura de Unidad Departamental de Fomento a la Equidad de Género**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

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

Colonia/Localidad: **Tlalpan Centro**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **89**

Código postal: **14000**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Mayo de 2015**

Teléfono de oficina y extensión: **5572582328**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Trabajadora Social en el Área Médica a**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Instituto Nacional de Pediatría**

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2020**

Área de adscripción / Área: **Área de Trabajo Social**

Fecha de egreso: **15 de Enero de 2021**

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): **111,907.00**

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): **111,907.00**