



Declaración pública **Declaración de modificación** de **TANIA LIZBETH MORENO ABREO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Seguridad Ciudadana** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Tania Lizbeth Moreno Abreo**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Criminología**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Instituto Universitario Nueva Generación**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Ámbito público: **Judicial**

Calle: **Estado de Mexico**

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

Número interior: **s/n**

Área de adscripción: **Secretaria de Seguridad Ciudadana**

Número exterior: **5**

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

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

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

Colonia/Localidad: **Loma la Palma**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Custodio Experto**

Código postal: **07160**

Especifique función principal: **Fuerza de Seguridad e Inteligencia**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Septiembre de 2015**

Teléfono de oficina y extensión: **5550399264 - 403010**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Clinica Chulavista**

Fecha de ingreso: **15 de Junio de 2015**

Área de adscripción / Área: **Administrativo**

Fecha de egreso: **10 de Septiembre de 2015**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Slim Center**

Fecha de ingreso: **10 de Mayo de 2015**

Área de adscripción / Área: **Administrativa**

Fecha de egreso: **10 de Junio de 2015**

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

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

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): **172,091.00**

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): **172,091.00**