



Declaración pública **Declaración de modificación** de **LUIS ENRIQUE ALBARRÁN FLORES** 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): **Luis Enrique Albarrán Flores**

Correo electrónico institucional: **l.enrique.a.flores89@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Capacitación Integral Para la Atención de Urgencias**

Institución educativa: **dif Municipio Tlalmanalco**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **27 de Julio de 2018**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **General**

Institución educativa: **Preparatoria Abierta de la Dirección de Educación Media Superior y Superior**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **4 de Abril de 2024**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Erum**

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

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Responsable Técnico Operativo "d"**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Febrero de 2023**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Chimalpopoca**

Número interior: **s/n**

Número exterior: **137**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Obrera**

Código postal: **06800**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5552425100 - 8329**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Operador de Ambulancias**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Operador de Ambulancias**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Regional Valle de Chalco, Solidaridad

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2021**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2021**

Área de adscripción / Área: **Tranportes**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar de Enfermería**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Jorge Luis Perezcano Vicens

Fecha de ingreso: **29 de Diciembre de 2021**

Fecha de egreso: **15 de Enero de 2023**

Área de adscripción / Área: **Cuidados de Personal Senil**

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): **172,452.00**

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): **172,452.00**