



Declaración pública **Declaración de modificación** de **ALAN GONZALO RAMIREZ KURI** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Movilidad** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Alan Gonzalo Ramirez Kuri**

Correo electrónico institucional: **alangrk.ibe@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Alta Dirección**

Institución educativa: **Facultad de Contaduría y Administración**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **10 de Junio de 2016**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Administración**

Institución educativa: **Facultad de Contaduría y Administración**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **12 de Junio de 2015**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Administración Gerantológica**

Institución educativa: **Facultad de Contaduría y Administración**

Ubicación: **México**

Estatus: **Cursando**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Movilidad**

Área de adscripción: **Control Vehicular**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Octubre de 2019**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Insurgentes sur**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **263**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Roma Norte**

Código postal: **06700**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5552644275**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Protección Civil a+b

Fecha de ingreso: **3 de Mayo de 2016**

Fecha de egreso: **28 de Junio de 2019**

Área de adscripción / Área: **Servicios**

Sector al que pertenece: **Servicios Profesionales**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Regresa a la Salud

Fecha de ingreso: **24 de Febrero de 2020**

Fecha de egreso: **13 de Mayo de 2022**

Área de adscripción / Área: **Servicios**

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): **135,216.00**

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): **135,216.00**