



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JOSE RICARDO CORONA ARROYO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2025**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jose Ricardo Corona Arroyo**

Correo electrónico institucional: **riccorona13@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Técnico Laboratorista Clínico**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Centro de Bachillerato Tecnológico No.1 "Dr. Leopoldo rio de la Loza**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Julio de 2005**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Institución educativa: **Escuela Superior de Enfermería Instituto Politecnico Nacional**

Estatus: **Trunco**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

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

Calle: **Tolnahuac**

Área de adscripción: **Secretaria de Salud de la Ciudad de Mexico**

Número interior: **(Ninguno)**

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

Número exterior: **14**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **570**

Colonia/Localidad: **san Simón Tolnáhuac**

Especifique función principal: **Otro - Toma y Procesamiento de Muestras en las Diversas Areas del Hospital, Aplicacion de Control de Calidad Interno y Externo de Laboratorio Clinico**

Código postal: **06920**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2016**

Teléfono de oficina y extensión: **5555831720**

**Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Secretaría de Salud**

Área de adscripción / Área: **Hospital de la Mujer**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Tecnico Laboratorista Clinico**

Especifique función principal: **Otro - Toma y Procesamiento de Muestras Biologicas en Laboratorio Clinico**

Fecha de ingreso: **16 de Abril de 2016**

Fecha de egreso: **16 de Abril de 2016**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Instituto de Salud del Estado de Mexico**

Área de adscripción / Área: **Hopsital General dr. Pedro Lopez**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Tecnico Laboratorista Clinico**

Especifique función principal: **Otro - Toma y Procesamiento de Muestras Biologicas en Laboratorio Clinico**

Fecha de ingreso: **16 de Enero de 2014**

Fecha de egreso: **16 de Septiembre de 2014**

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): **296,156.00**

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): **296,156.00**