



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JOEL RAMIRO CORONA VELAZQUEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Joel Ramiro Corona Velazquez**

Correo electrónico institucional: **joelmedic95@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Tecnico en Enfermeria General Area Quimico Biologicas**

Institución educativa: - **Centro de Estudios Tecnologicos Industrial y de Servicios No.97°**

Estatus: **Trunco**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Tecnico en Enfermeria General**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Centro de Estudios Tecnologicos Industrial y de Servicios No.97°**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **22 de Agosto de 2001**

Ubicación: **México**

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Técnico en Emergencias Medicas Avanzadas**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Ambulancias Aérea y Terrestre "Ambulancias am 24"**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **10 de Junio de 2020**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Aeromedicina y Transporte en Cuidados Criticos**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Ambulancias Aérea y Terrestre "Ambulancias am 24"**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **23 de Octubre de 2021**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Politrauma en Urgencias.**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Ambulancias Aérea y Terrestre "Ambulancias am 24"**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **13 de Octubre de 2021**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital General "Dr. Enrique Cabrera"**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Auxiliar de Almacén**

Especifique función principal: **Otro - Área Medica**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Diciembre de 2006**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Centro Regulator de Urgencias Medicas "Crum Secretaria de Salud de la Cdmx".

Área de adscripción / Área: **Área Medica**

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

Calle: **av. Centenario**

Número interior: **3170**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

Colonia/Localidad: **Ex-Hacienda de Tarango**

Código postal: **01618**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Tecnico en Urgencias Medicas Tum.**

Especifique función principal: **Otro - Área Medica**

Fecha de ingreso: **2 de Septiembre de 2006**

Fecha de egreso: **1 de Diciembre de 2006**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: -
Ambulancias Mercy de Mexico.

Área de adscripción / Área: **Área Medica**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Tecnico en Urgencias Medicas tum y Enfermero**

Fecha de ingreso: **5 de Octubre de 2003**

Fecha de egreso: **7 de Agosto de 2005**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: -
Clínica de Voceadores

Área de adscripción / Área: **Área Medica**

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

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

Fecha de ingreso: **6 de Mayo de 2003**

Fecha de egreso: **9 de Septiembre de 2003**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: -
Ambulancias Humana S.A. de c.v

Área de adscripción / Área: **Área Medica**

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

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

Fecha de ingreso: **2 de Febrero de 2002**

Fecha de egreso: **5 de Marzo de 2003**

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): **69,900.00**

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): **69,900.00**