



Declaración pública **Declaración de modificación** de **FABIOLA ADRIANA CORRAL RAVELO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Fabiola Adriana Corral Ravelo**

Correo electrónico institucional: **fadcor@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Enfermera General**

Institución educativa: **Universidad Autonoma de Chihuahua**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **11 de Noviembre de 2013**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Tecnico Laboratorista Quimico**

Institución educativa: **Centro de Bachillerato Tecnologico Industrial y de Servicios no 228**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Junio de 2008**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Atencion de Enfermeria al Paciente en Estado Critico**

Institución educativa: **Escuela de Enfermeria de la Secretaria de Salud**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **15 de Diciembre de 2021**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Hospital General Xoco**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **601**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Diciembre de 2016**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **av. Mexico Coyoacan**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Benito Juárez**

Colonia/Localidad: **General Pedro María Anaya**

Código postal: **03340**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5556889015 - 123**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera General**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Alvaro Obregon

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2013**

Fecha de egreso: **14 de Febrero de 2014**

Área de adscripción / Área: **Hospital**

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

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

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): **318,024.00**

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): **318,024.00**