



Declaración pública **Declaración de modificación** de **XADANI CORONEL MORALES** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2021**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Xadani Coronel Morales**

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

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **7 de Septiembre de 2004**

---

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Tecnico Laboratorista Quimico**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **29 de Enero de 1999**

---

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Secundaria**

Institución educativa: **Tomas Garrigue Masarik**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **18 de Julio de 1995**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Centro Regulador de Urgencias Medicas**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Médico General**

Especifique función principal: **Otro - Medico General**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **14 de Enero de 2011**

**Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

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

Calle: **Aeronautica Militar**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

Colonia/Localidad: **Venustiano Carranza**

Código postal: **15340**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5557685898**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Centro Deportivo Coyoacan**

Fecha de ingreso: **15 de Mayo de 2021**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 2021**

Área de adscripción / Área: **Servicio Medico**

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

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): **250,521.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **28,865.00**

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): **28,865.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **ingreso por salario**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **279,386.00**