



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIA CONCEPCION PANTOJA LOPEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

---

## **I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL**

### **Datos generales del declarante**

Nombre(s): **María Concepcion Pantoja Lopez**

Correo electrónico institucional: **pantojacony14@gmail.com**

### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **4 de Julio de 2014**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Salud Pública**

Estatus: **Cursando**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Universidad Autónoma de Morelos**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **2 de Febrero de 2011**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Profesional Técnico en Enfermería**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **14 de Octubre de 1999**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **(NINGUNO)**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Escuela Nacional Preparatoria**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **14 de Julio de 2008**

Ubicación: **México**

---

### **Datos del empleo, cargo o comisión**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **av. Tlahuac Esquina río Ameca**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **C.S.T-IIi Tulyehualco**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Tláhuac**

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

Colonia/Localidad: **san Sebastián**

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

Código postal: **13093**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Julio de 1999** Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 7859**

#### **Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

No aplica

#### **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): **393,873.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **2,600.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **2,600.00**

TIPO DE INSTRUMENTO QUE GENERÓ EL RENDIMIENTO O GANANCIA **FONDOS DE INVERSIÓN**

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): **396,473.00**