



Declaración pública **Declaración de modificación** de **CONCEPCION OCAÑA RUIZ** 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): **Concepcion Ocaña Ruiz**

Correo electrónico institucional: **concepcionocaa@yahoo.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Enfermería**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, a. c.**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **29 de Septiembre de 2018**

---

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Enfermería**

Institución educativa: **Instituto Roosevelt**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **30 de Marzo de 2017**

---

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Secundaria**

Institución educativa: **Secundaria Juan Amos Comenio**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **27 de Junio de 1980**

---

Nivel: **Primaria**

Carrera: **Primaria**

Institución educativa: **Escuela Primaria Esperanza Lopez Mateos**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **30 de Junio de 1977**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud t iii dr. José Castro Villagrana**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermera General Titulada "c"**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 1988**

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

Calle: **Coapay Carrasco**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

Colonia/Localidad: **Toriello Guerra**

Código postal: **14050**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7650**

**Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera General Titulada "c"**

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Servicios de Salud Publica de la Ciudad de Mexico**

Fecha de ingreso: **1 de Abril de 1988**

Fecha de egreso: **29 de Diciembre de 2021**

Área de adscripción / Área: **Centro de Salud t iii dr. Jose Castro Villagrana**

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): **387,302.00**

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): **387,302.00**