

Declaración pública **Declaración inicial** de **CARMEN ERIKA OCAMPO RAMIREZ** 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): **Carmen Erika Ocampo Ramirez**

Correo electrónico institucional: **carmen16101284@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Administración de Organizaciones de la Salud**

Institución educativa: **Universidad la Salle**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **4 de Agosto de 2017**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería y Obstetricia**

Institución educativa: **Universidad Panamericana**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **9 de Agosto de 2012**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Enfermería Quirúrgica**

Institución educativa: **Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla**

Ubicación: **México**

Estatus: **Cursando**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Clínica de Especialidades no. 6**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **M0210 7 Enfermera Especialista "c"**

Especifique función principal: **Otro - Servicios de Salud**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **12 de Octubre de 2012**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Lucerna**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **67**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Juárez**

Código postal: **06600**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700**

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

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Ángeles Santa Mónica

Fecha de ingreso: **16 de Enero de 2019**

Fecha de egreso: **16 de Julio de 2019**

Área de adscripción / Área: **Grupo Líder de Enfermería**

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

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Enfermera del Área de Recuperación**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital Central Militar

Fecha de ingreso: **15 de Enero de 2015**

Fecha de egreso: **15 de Octubre de 2017**

Área de adscripción / Área: **Hospital Central Militar Quirófanos, Personal Civil**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

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

Fecha de ingreso: **16 de Octubre de 2010**

Fecha de egreso: **16 de Octubre de 2012**

Área de adscripción / Área: **Unidad de Terapia Intensiva Neonatal**

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 mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)
(Cantidades netas después de impuestos): **293,346.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **537,549.00**

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

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **6,506.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Docencia**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **531,043.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **Sueldos y salarios caídos por juicio**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **830,895.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **Si**

Fecha de inicio: **(Ninguno)**

Fecha de salida: **(Ninguno)**

I - REMUNERACIÓN ANUAL NETA DEL DECLARANTE POR SU CARGO PÚBLICO (POR CONCEPTO DE SUELDOS, HONORARIOS, COMPENSACIONES, BONOS, AGUINALDOS Y OTRAS PRESTACIONES) (CANTIDADES NETAS DESPUÉS DE IMPUESTOS): **(Ninguno)**

II - OTROS INGRESOS DEL DECLARANTE, RECIBIDOS DURANTE EL TIEMPO EN EL QUE SE DESEMPEÑÓ COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR (SUMA DEL II.1 AL II.5): **(Ninguno)**

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

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **(Ninguno)**

A. Ingreso neto del declarante recibido en el año inmediato anterior (suma del numeral I y II): **(Ninguno)**