



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARIO ROBERTO SILVA CANCINO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2023

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Mario Roberto Silva Cancino**

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

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Posgrado Ginecología**

Institución educativa: **Universidad Autonoma del Estado de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **1 de Marzo de 1996**

---

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina**

Institución educativa: **Universidad Autonoma del Estado de Mexico**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Marzo de 1996**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ambito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Hospital General Enrique Cabrera**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Noviembre de 2006**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Prolongacion 5 de Mayo**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **3170**

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

Colonia/Localidad: **Lomas de Tarango**

Código postal: **01620**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5512857100**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Hospital General Tlalnepantla Secretaria de Salud Estado de Mexico**

Área de adscripción / Área: **Salud**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2010**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2012**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Hospital General Atizapan Secretaria de Salud Estado de Mexico**

Área de adscripción / Área: **Salud**

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

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

Fecha de ingreso: **6 de Junio de 2015**

Fecha de egreso: **31 de Marzo de 2017**

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): **675,588.00**

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): **675,588.00**