



Declaración pública **Declaración de modificación** de **MARA SALINAS ORTIZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en Alcaldía **Gustavo A. Madero** en **2024**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Mara Salinas Ortiz**

Correo electrónico institucional: **mara.salinas1980@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Enfermería**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **26 de Agosto de 1999**

---

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Enfermería**

Institución educativa: **Instituto Politécnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **16 de Agosto de 2019**

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Gustavo a. Madero**

Área de adscripción: **Subsecretaría del Sistema Penitenciario**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Custodio Experto de Seguridad**

Especifique función principal: **Fuerza de Seguridad e Inteligencia**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Mayo de 2015** Teléfono de oficina y extensión: **5550398945 - 503020**

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

Calle: **Tecnológico**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **160**

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

Colonia/Localidad: **Chalma de Guadalupe**

Código postal: **07210**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Diagnóstica**

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Aux. Enfermera**

Fecha de ingreso: **20 de Marzo de 2023**

Fecha de egreso: **20 de Abril de 2023**

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

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): **247,834.00**

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): **247,834.00**