



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JULIO CESAR SANCHEZ MERITO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en Alcaldía Coyoacán en 2024

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Julio Cesar Sanchez Merito**

Correo electrónico institucional: **jcs\_m\_07@hotmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **11 de Marzo de 2016**

---

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Bachillerato**

Institución educativa: **Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel sur Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **2 de Junio de 2008**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Coyoacán**

Área de adscripción: **Jefatura de Unidad Departamental de Prevención a las Adicciones y las Violencias Caia**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **740 Médico General**

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Marzo de 2023**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Esquina Chichimecas y rey Tepalcatzin**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Coyoacán**

Colonia/Localidad: **Ajusco**

Código postal: **04300**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5556585080**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Pharma Plus S.A. de C.V.**

Fecha de ingreso: **11 de Abril de 2023**

Fecha de egreso: **31 de Octubre de 2023**

Área de adscripción / Área: **Consultorios**

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

R.F.C. (Si es sector privado): **PPL961114GZ1**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

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

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

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

Fecha de ingreso: **28 de Febrero de 2017**

Fecha de egreso: **31 de Julio de 2021**

Área de adscripción / Área: **Coordinación Médica**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatel**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2016**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2017**

Área de adscripción / Área: **Albergue Coruña**

Lugar donde se ubica: **México**

---

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

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

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2015**

Fecha de egreso: **31 de Enero de 2021**

Área de adscripción / Área: **Consultorio Médico**

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: **Público**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico Deportivo**

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

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Octubre de 2016**

Fecha de egreso: **1 de Enero de 2021**

Área de adscripción / Área: **jud de Escuelas Técnico Deportivas**

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): **403,943.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **267,403.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **267,403.00**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL **PPL961114GZ1**

TIPO DE NEGOCIO **CONSULTORIO MEDICO DE EMPRESA PHARMA PLUS**

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): **671,346.00**

