



910-241-823937-914164737

SECCIÓN SEGUNDA  
INFORMACIÓN PÚBLICA**DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS BIENES Y RENTAS**  
**LEY 27482****DATOS GENERALES DE LA ENTIDAD**

**ENTIDAD** HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR  
**DIRECCIÓN** AVENIDA AV. MARIANO PASTOR SEVILLA CRUCE CON AV. 200 MILLAS NRO.  
S/N VILLA EL SALVADOR LIMA LIMA PERU VILLA EL SALVADOR LIMA  
LIMA  
**EJERCICIO PRESUPUESTAL** 2018

**DATOS GENERALES DEL DECLARANTE**

**DNI/CE** DNI - 41202968  
**APELLIDO PATERNO** HUAROC  
**APELLIDO MATERNO** ARROYO  
**NOMBRES** ADJANI YOLANDA

**OPORTUNIDAD DE PRESENTACIÓN**

(Marcar con una X la correspondiente opción)

**AL INICIO** X  
**ENTREGA PERIÓDICA**  
**AL CESAR**

**DECLARACIÓN DEL PATRIMONIO**

RUBROS DECLARADOS	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO	TOTAL S/.
INGRESOS MENSUALES *	8,000.00	0.00	8,000.00
BIENES **			222,440.00
OTROS ***			0.00

**Nota:**

\* Incorpora el total del rubro I de la Sección Primera

\*\* Incorpora el total del valor de los rubros II y III de la Sección Primera

\*\*\* Incorpora el total del valor de los rubros IV y V de la Sección Primera

**OTRA INFORMACIÓN QUE CONSIDERE EL OBLIGADO****TOTAL S/.**

0.00