



184-682-643550-408163228

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 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 - 47091171  
**APELLIDO PATERNO** VALQUI  
**APELLIDO MATERNO** CORDOVA  
**NOMBRES** CARMEN ROSA

**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 *	5,000.00	0.00	5,000.00
BIENES **			0.00
OTROS ***			32,000.00

**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