



43-419-106875-911171702

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  
SECTOR III VILLA EL SALVADOR LIMA LIMA PERU VILLA EL SALVADOR LIMA  
LIMA  
**EJERCICIO PRESUPUESTAL** 2020

**DATOS GENERALES DEL DECLARANTE**

**DNI/CE** DNI - 00498949  
**APELLIDO PATERNO** CAMPOS  
**APELLIDO MATERNO** RAFFO  
**NOMBRES** JORGE ENRIQUE

**OPORTUNIDAD DE PRESENTACIÓN**

(Marcar con una X la correspondiente opción)

**AL INICIO****ENTREGA PERIÓDICA****AL CESAR** X**DECLARACIÓN DEL PATRIMONIO**

RUBROS DECLARADOS	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO	TOTAL S/.
INGRESOS MENSUALES *	10,500.00	0.00	10,500.00
BIENES **			0.00
OTROS ***			6,103.24

**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