



# FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN JURADA DE HOJA DE VIDA DE CANDIDATO (A)

AÑO

2020

PROCESO ELECTORAL:

ELECCIONES CONGRESALES EXTRAORDINARIAS 2020

NOTA: La presente declaración jurada consta de 9 rubros. Del I al VIII deben ser llenados obligatoriamente. El IX es opcional.

## I - DATOS PERSONALES

Las respuestas a las preguntas 1,2,3,4,5 y 6 deberán de coincidir con la información contenida en el DNI vigente.

\*En la pregunta 7 en caso el(la) postulante haya nacido en el extranjero consignar "País" y dejar en blanco las casillas "Departamento", "Provincia" y "Distrito"



DNI (1): 18066541

CARNET DE  
EXTRANJERÍA

SEXO (2): MASCULINO

**SOLO PARA ELECCIONES MUNICIPALES:** Si usted es extranjero, coloque el número asignado por el RENIEC (en el espacio asignado para DNI) o su número de carnet de extranjería.

APELLIDO PATERNO (3): TORRES

APELLIDO MATERNO (4): ARMAS

NOMBRES (5): EDUARDO

FECHA DE NACIMIENTO (6): 12/01/1969

PAÍS: PERÚ DEPARTAMENTO: LA LIBERTAD PROVINCIA: PATAZ DISTRITO: PATAZ

DEPARTAMENTO: LA LIBERTAD PROVINCIA: TRUJILLO DISTRITO: VICTOR LARCO HERRERA

DIRECCIÓN: CALLE SANCHEZ CARRION 484 VISTA ALEGRE

ORGANIZACIÓN POLÍTICA: VAMOS PERU

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA              | <input type="checkbox"/> PRIMER VICEPRESIDENTE DE LA REPÚBLICA  |
| <input type="checkbox"/> SEGUNDO VICEPRESIDENTE DE LA REPÚBLICA  | <input checked="" type="checkbox"/> CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA |
| <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE ANTE EL PARLAMENTO ANDINO | <input type="checkbox"/> GOBERNADOR REGIONAL                    |
| <input type="checkbox"/> VICEGOBERNADOR REGIONAL                 | <input type="checkbox"/> ALCALDE PROVINCIAL                     |
| <input type="checkbox"/> REGIDOR PROVINCIAL                      | <input type="checkbox"/> ALCALDE DISTRITAL                      |
| <input type="checkbox"/> REGIDOR DISTRITAL                       | <input type="checkbox"/> CONSEJERO REGIONAL                     |
| <input type="checkbox"/> ACCESITARIO                             | <input type="checkbox"/> REGIDOR DE CENTRO POBLADO              |
| <input type="checkbox"/> ALCALDE(SA) DE CENTRO POBLADO           |   |

Nota: En caso de que postule a los cargos de PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA, PRIMER VICEPRESIDENTE, SEGUNDO VICEPRESIDENTE y/o REPRESENTANTE ANTE EL PARLAMENTO ANDINO no deberá registrar información en las casillas de "circunscripción según el cargo al que postula".

DISTRITO ELECTORAL: LA LIBERTAD

## II - EXPERIENCIA DE TRABAJO EN OFICIOS, OCUPACIONES O PROFESIONES

Mencione los oficios, ocupaciones o profesiones, que ha tenido en el sector público, privado o independiente, de los últimos diez años, empezando por el más reciente. (solo hasta un máximo de cinco registros)

\*En caso el oficio, ocupación o profesión haya sido realizado en el extranjero consignar el "País" y dejar en blanco "Departamento", "Provincia" y "Distrito".

Nota: En caso de tener más información que declarar en este rubro, el sistema le permitirá hacerlo.

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR?  Sí  No

NOMBRE DEL CENTRO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO O TRABAJO: INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

OFICIOS / OCUPACIONES / PROFESIONES: MEDICO /JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL DE CANCER RUC EMPRESA (OPCIONAL):

DIRECCIÓN: CARRETERA PANAMERICANA KM. 558 DESDE (AÑO): 2018 HASTA (AÑO): HASTA LA ACTUALIDAD

PAÍS: PERÚ DEPARTAMENTO LA LIBERTAD PROVINCIA: TRUJILLO DISTRITO: MOCHE

NOMBRE DEL CENTRO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO O TRABAJO: INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

OFICIOS / OCUPACIONES / PROFESIONES: JEFE DE SERVICIOS DE PROMOCION DE LA SALUD / JEFE DEL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA RUC EMPRESA (OPCIONAL):

DIRECCIÓN: CARRETERA PANAMERICANA KM.558 DESDE (AÑO): 2017 HASTA (AÑO): 2017

PAÍS: PERÚ DEPARTAMENTO LA LIBERTAD PROVINCIA: TRUJILLO DISTRITO: MOCHE

NOMBRE DEL CENTRO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO O TRABAJO: OFICINA SALUDPOL

OFICIOS / OCUPACIONES / PROFESIONES: COORDINADOR REGIONAL DE LA UNIDAD DE SEGUROS RUC EMPRESA (OPCIONAL):

DIRECCIÓN: CALLE HEREDIA 221 SAN ANDRES DESDE (AÑO): 2017 HASTA (AÑO): 2017

PAÍS: PERÚ DEPARTAMENTO LA LIBERTAD PROVINCIA: TRUJILLO DISTRITO: TRUJILLO

NOMBRE DEL CENTRO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO O TRABAJO: GERENCIA REGIONAL DE SALUD

OFICIOS / OCUPACIONES / PROFESIONES: SUB GERENTE REGIONAL DE SALUD RUC EMPRESA (OPCIONAL):

DIRECCIÓN: CALLE LAS ESMERALDAS 650 SANTA INES DESDE (AÑO): 2016 HASTA (AÑO): 2017

PAÍS: PERÚ DEPARTAMENTO LA LIBERTAD PROVINCIA: TRUJILLO DISTRITO: TRUJILLO

### III - FORMACIÓN ACADÉMICA

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR?  Sí  No

¿CUENTA CON ESTUDIOS PRIMARIOS? sí ¿ESTUDIOS PRIMARIOS CONCLUIDOS? sí

¿CUENTA CON ESTUDIOS SECUNDARIOS? sí ¿ESTUDIOS SECUNDARIOS CONCLUIDOS? sí

(El último estudio realizado) De acuerdo a la Ley Universitaria, Ley N° 30220 señale sus estudios no universitarios.

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR?  Sí  No

¿CUENTA CON ESTUDIOS TÉCNICOS? NOMBRE DEL CENTRO DE ESTUDIOS: NOMBRE DE LA CARRERA: CONCLUIDOS:

¿CUENTA CON ESTUDIOS NO UNIVERSITARIOS? NOMBRE DEL CENTRO DE ESTUDIOS: NOMBRE DE LA CARRERA: CONCLUIDOS:

(Los dos últimos estudios realizados).

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR?  Sí  No

¿CUENTA CON ESTUDIOS UNIVERSITARIOS? sí

NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO CONCLUIDOS: sí

NOMBRE DE LA CARRERA: MEDICO-CIRUJANO EGRESADO: sí

BACHILLER: sí AÑO DE OBTENCIÓN: 1997 TÍTULO PROFESIONAL: sí AÑO DE OBTENCIÓN: 1997

(El último estudio realizado, conducente a la obtención del grado de maestro o doctor, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 del 09/07/2014)

¿CUENTA CON ESTUDIOS DE sí

POSTGRADO?: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CENTRO DE ESTUDIOS: UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO ESPECIALIZACIÓN: GESTIÓN PÚBLICA

CONCLUIDOS: SÍ EGRESADO: SÍ

Grado Obtenido \_\_\_\_\_

MAESTRO: SÍ DOCTOR: \_\_\_\_\_ AÑO DE OBTENCIÓN: 2017

### IV - TRAYECTORIA PARTIDARIA Y/O POLÍTICA DE DIRIGENTE

(Indique cuál o cuáles son los dos últimos cargos partidarios que ha desempeñado)

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR?  Sí  No

ORGANIZACIÓN POLÍTICA : \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_ DESDE (AÑO): \_\_\_\_\_ HASTA (AÑO): \_\_\_\_\_

Indique cuál o cuáles son los dos últimos cargos de elección popular que ha desempeñado:

\*En caso usted fue elegido Presidente(a) Regional o Vicepresidente(a) Regional sírvase marcar la opción con la nomenclatura actual.

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR?  Sí  No

- PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
- PRIMER VICEPRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
- SEGUNDO VICEPRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
- CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA
- REPRESENTANTE ANTE EL PARLAMENTO ANDINO
- GOBERNADOR REGIONAL
- VICEGOBERNADOR REGIONAL
- ALCALDE PROVINCIAL
- REGIDOR PROVINCIAL
- ALCALDE DISTRITAL
- REGIDOR DISTRITAL
- CONSEJERO REGIONAL
- ACCESITARIO
- REGIDOR DE CENTRO POBLADO
- DIPUTADO
- SENADOR
- ALCAD(E)SA DE CENTRO POBLADO
- CONGRESISTA CONSTITUYENTE
- REGIDOR PROVINCIAL SUPLENTE
- REPRESENTANTE DE ASAMBLEA REGIONAL
- REGIDOR DISTRITAL SUPLENTE

ORGANIZACIÓN POLÍTICA : \_\_\_\_\_ DESDE (AÑO): \_\_\_\_\_ HASTA (AÑO): \_\_\_\_\_

### V - MENCIÓN DE LAS RENUNCIAS EFECTUADAS A OTROS PARTIDOS, MOVIMIENTOS DE ALCANCE REGIONAL O DEPARTAMENTAL U ORGANIZACIONES POLÍTICAS DE ALCANCE PROVINCIAL Y DISTRITAL DE SER EL CASO

Indique si ha tenido vínculo con alguna organización política inscrita o que hubiera estado inscrita en el ROP (Sólo los dos últimos)

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR?  Sí  No

ORGANIZACIÓN POLÍTICA A LA QUE RENUNCIÓ: \_\_\_\_\_ HASTA AÑO DE RENUNCIA: \_\_\_\_\_

En caso cuente con información que desea registrar en los rubros I III IV y V, y no puede hacerlo, podrá consignarla en el rubro IX

### VI - RELACIÓN DE SENTENCIAS

\*Indique las sentencias condenatorias firmes impuestas por delitos dolosos y la que incluye las sentencias con reserva del fallo condenatorio

Nota: En caso de tener más información que declarar en este rubro, el sistema le permitirá hacerlo.

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR?

Sí  No

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA SENTENCIA FIRME:

ÓRGANO JUDICIAL:

DELITO:

FALLO O PENA:

MODALIDAD:

CUMPLIMIENTO DEL FALLO:

## VII - RELACIÓN DE SENTENCIAS QUE DECLAREN FUNDADAS LAS DEMANDAS INTERPUESTAS CONTRA LOS CANDIDATOS(AS) POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES ALIMENTARIAS, CONTRACTUALES, LABORALES O POR INCURRIR EN VIOLENCIA FAMILIAR, QUE HUBIERAN QUEDADO FIRMES.

Nota: En caso de tener más información que declarar en este rubro, el sistema le permitirá hacerlo.

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR?

Sí  No

MATERIA DE LA DEMANDA:

N° DE EXPEDIENTE:

ÓRGANO JUDICIAL:

FALLO / PENA:

## VIII - DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS DE BIENES Y RENTAS

Declarar según el promedio anual bruto (\*) del año anterior.

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR?

Sí  No

AÑO DECLARADO:	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO	TOTAL S/
2018			
<b>REMUNERACIÓN BRUTA ANUAL</b> (PAGO POR PLANILLAS, SUJETOS A RENTAS DE QUINTA CATEGORÍA)	85000	0	85000.00
<b>RENDA BRUTA ANUAL POR EJERCICIO INDIVIDUAL</b> (EJERCICIO INDIVIDUAL DE PROFESIÓN, OFICIO U OTRAS TAREAS - RENTAS DE CUARTA CATEGORÍA)	12500	0	12500.00
<b>OTROS INGRESOS ANUALES</b> (PREDIOS ARRENDADOS, SUBARRENDADOS O CEDIDOS) (BIENES MUEBLES ARRENDADOS, SUBARRENDADOS O CEDIDOS) (INTERESES ORIGINADOS POR COLOCACIÓN DE CAPITALES, REGALÍAS, RENTAS VITALICIAS, ETC) (DIETAS O SIMILARES) (RENTAS DE ACCIONES **)	0	0	0.00

\* Total de Ingresos antes de impuestos u otras deducciones

\*\* Son los intereses ganados por las acciones

TOTAL INGRESOS (S/): 97500.00

Nota: En caso de tener más información que declarar en este rubro, el sistema le permitirá hacerlo.

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR?

Sí  No

N°	TIPO DE BIEN	PAÍS	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	DIRECCIÓN	INSCRITO EN SUNARP	PARTIDA	FICHA / TOMO	VALOR AUTOVALUO S/
1	CASA	PERÚ	LA LIBERTAD	TRUJILLO	EL PORVENIR	CALLE SAN JOSE 1513	NO			

(Incluir los bienes que posea en el extranjero)

Nota: En caso de tener más información que declarar en este rubro, el sistema le permitirá hacerlo.

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR?

Sí  No

TOTAL BIENES MUEBLES (S/):

60000.00

N°	VEHÍCULO	MARCA	MODELO	AÑO	PLACA	CARACTERÍSTICAS	VALOR S/
----	----------	-------	--------	-----	-------	-----------------	----------

N°	VEHÍCULO	MARCA	MODELO	AÑO	PLACA	CARACTERÍSTICAS	VALOR S/
1	CAMIONETA	SUZUKI	JIMMY	2018	T1L-020	COLOR PLATA	60000
N°	OTRO	DESCRIPCIÓN	CARACTERÍSTICAS	VALOR S/			

Nota: Pinturas, joyas, objetos de arte, antigüedades, valor de acciones\*, u otros (valores mayores a 2 UIT por rubro).

\* Es el valor de mercado de las acciones.

## IX - INFORMACIÓN ADICIONAL (OPCIONAL)

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR?

Sí  No

JEFE DPTO.DE CONTROL DEL CANCER : INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS FEBRERO 2014 HASTA DICIEMBRE 2015 COORDINADOR DEL PROGRAMA ESTRATEGICO DE PREVENCION DEL CANCER: OCT.2011 -DIC.2013 JEFE DE LA OFICINA DE SEGUROS Y RESPONSABLE DE REFERENCIAS: MARZO 2010 - MARZO 2012 CON FECHA 02 DE OCTUBRE DE 2019, SE ENCUENTRA EN TRÁMITE LA SOLICITUD DE COPIA LITERAL EN LA SUNARP DE TRUJILLO, POR LO QUE PERMITIRÁ LA ACTUALIZACIÓN DE LA TASACIÓN DE LA PROPIEDAD PARA EL AÑO 2019. SOY ACREEDOR DE UN PRÉSTAMO PERSONAL POR EL BANCO DE LA NACIÓN POR EL MONTO DE 50,000 SOLES. SOY DOCENTE UNIVERSITARIO CONTRATADO POR MINEDU EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO DESDE MARZO DEL 2018 HASTA LA ACTUALIDAD. SOY TITULADO COMO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTEGRAL Y GESTIÓN EN SALUD DESDE LE AÑO 2006 POR LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. CUENTO CON EL GRADO DE MAGISTER EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD, POR LA UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO. CUENTO CON LA MAESTRÍA (EGRESADO) EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN GESTIÓN HOSPITALARIA, POR LA UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL. CUENTO CON EL DOCTORADO EN GESTIÓN PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD (IV SEMESTRE), POR LA UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO.

FECHA EN LA QUE TERMINÓ DE LLENAR LOS DATOS A ESTE FORMATO:

14/11/2019 21:43:20

## ANOTACIONES MARGINALES

RUBRO: FORMACIÓN ACADÉMICA DOCUMENTO: 371

CUENTA CON ESTUDIOS DE POSTGRADO? : SI  
 NOMBRE DEL CENTRO DE ESTUDIOS : UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO  
 ESPECIALIZACIÓN : GESTIÓN PÚBLICA  
 CONCLUIDO : SI  
 EGRESADO : SI  
 MAESTRO : SI  
 DOCTOR : ---  
 AÑO DE OBTENCIÓN : 2017

DICE:

CUENTA CON ESTUDIOS DE POSTGRADO? : SI  
 NOMBRE DEL CENTRO DE ESTUDIOS : UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO  
 ESPECIALIZACIÓN : MAESTRO EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD  
 CONCLUIDO : SI  
 EGRESADO : SI  
 MAESTRO : SI  
 DOCTOR : ---  
 AÑO DE OBTENCIÓN : 2018

DEBE DECIR: