



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

24471007:

HECTOR
DANILO
VILLAVICENCIO
MUÑOZ

AÑO

2025

PROCESO ELECTORAL: ELECCIONES GENERALES 2026

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(a) postulante haya nacido en el extranjero consignar "país" y dejar en blanco las casillas "Departamento" "Provincia" y "Distrito"



DNI ⁽¹⁾: 24471007
SEXO ⁽²⁾: MASCULINO
APELLIDO PATERNO ⁽³⁾: VILLAVICENCIO
APELLIDO MATERNO ⁽⁴⁾: MUÑOZ
NOMBRES ⁽⁵⁾: HECTOR DANILO
FECHA DE NACIMIENTO ⁽⁶⁾: 21/09/1961

N° CARNÉ DE EXTRANJERÍA:
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 carné de extranjería.



24471007070000

LUGAR DE NACIMIENTO ⁽⁷⁾

PAÍS: PERÚ DEPARTAMENTO: CUSCO
PROVINCIA: CALCA DISTRITO: LAMAY

LUGAR DE DOMICILIO

DEPARTAMENTO: CUSCO PROVINCIA: CUSCO
DISTRITO: SANTIAGO
DIRECCIÓN: *****

ORGANIZACIÓN POLÍTICA POR LA QUE POSTULA: ALIANZA PARA EL PROGRESO

CARGO AL QUE POSTULA

- PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA PRIMER VICEPRESIDENTE DE LA REPÚBLICA SEGUNDO VICEPRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DIPUTADO SENADOR REPRESENTANTE ANTE EL PARLAMENTO ANDINO
 GOBERNADOR REGIONAL VICEGOBERNADOR REGIONAL CONSEJERO REGIONAL ALCALDE PROVINCIAL ALCALDE DISTRITAL REGIDOR PROVINCIAL
 REGIDOR DISTRITAL

CIRCUNSCRIPCIÓN SEGÚN EL CARGO AL QUE POSTULA

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".

REGIÓN: PROVINCIA: DISTRITO: CUSCO

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA:

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 TENGO NO TENGO

EXPERIENCIA LABORAL 1

NOMBRE DEL CENTRO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO O TRABAJO: SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DEL CUSCO

OFICIOS / OCUPACIONES / PROFESIONES: MIEMBRO DEL DIRECTORIO RUC EMPRESA (OPCIONAL): 20116320682

DIRECCIÓN: CALLE SAN ANDRÉS N° 318 DESDE (AÑO): 2020 HASTA (AÑO): 2023

PAÍS*: PERU DEPARTAMENTO: CUSCO

PROVINCIA: CUSCO DISTRITO: CUSCO

DECLARO QUE EN ESTE PERIODO HUBO UN CORTE DE APROXIMADAMENTE 5 MESES QUE DEBERÍAN PERTENECER

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: AL DIRECTORIO DE ESTA ENTIDAD

EXPERIENCIA LABORAL 2

NOMBRE DEL CENTRO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO O TRABAJO: DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA - DIGESA - MINSA

OFICIOS / OCUPACIONES / PROFESIONES: DIRECTOR GENERAL RUC EMPRESA (OPCIONAL): 20131373237

DIRECCIÓN: CALLE LAS AMAPOLAS N° 350 DESDE (AÑO): 2023 HASTA (AÑO): 2024

PAÍS*: PERU DEPARTAMENTO: LIMA

PROVINCIA: LIMA DISTRITO: LINCE

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: _____

EXPERIENCIA LABORAL 3

NOMBRE DEL CENTRO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO O TRABAJO: MÉDICOS ASOCIADOS CUSCO S.A.

OFICIOS / OCUPACIONES / PROFESIONES: MÉDICO RUC EMPRESA (OPCIONAL): 20527956057

DIRECCIÓN: AV. DE LA CULTURA N° 1410 DESDE (AÑO): 2013 HASTA (AÑO): 2025

PAÍS*: PERU DEPARTAMENTO: CUSCO

PROVINCIA: CUSCO DISTRITO: CUSCO

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: ME DESEMPEÑO COMO MEDICO Y ADEMAS SOY ACCIONISTA DE ESTA CLINICA

EXPERIENCIA LABORAL 4

NOMBRE DEL CENTRO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO O TRABAJO: CLÍNICA ALIANZA MED S.A.C.

OFICIOS / OCUPACIONES / PROFESIONES: MÉDICO RUC EMPRESA (OPCIONAL): 20609392020

DIRECCIÓN: AV. LOS INCAS N° 1301, URB. CONSTANCIA DESDE (AÑO): 2022 HASTA (AÑO): 2025

PAÍS*: PERU DEPARTAMENTO: CUSCO

PROVINCIA: CUSCO DISTRITO: WANCHAQ

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: ME DESEMPEÑO COMO MEDICO Y TAMBIEN SOY SOCIO DESDE EL MES DE JULIO DEL AÑO 2022

EXPERIENCIA LABORAL 5

NOMBRE DEL CENTRO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO O TRABAJO: HOSPITAL REGIONAL CUSCO

OFICIOS / OCUPACIONES / PROFESIONES: MÉDICO ASISTENTE RUC EMPRESA (OPCIONAL): 20527180318

DIRECCIÓN: AV. DE LA CULTURA S/N DESDE (AÑO): 1995 HASTA (AÑO): 2025

PAÍS*: PERU DEPARTAMENTO: CUSCO

PROVINCIA: CUSCO DISTRITO: CUSCO

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: _____

III. FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA REGULAR

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR? SÍ TENGO NO TENGO

¿CUENTA CON ESTUDIOS PRIMARIOS? SÍ ¿ESTUDIOS PRIMARIOS CONCLUIDOS? SÍ

¿CUENTA CON ESTUDIOS SECUNDARIOS? SÍ ¿ESTUDIOS SECUNDARIOS CONCLUIDOS? SÍ

ESTUDIOS NO UNIVERSITARIOS

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

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR? SÍ TENGO NO TENGO

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR? SÍ TENGO NO TENGO

¿CUENTA CON ESTUDIOS UNIVERSITARIOS?: SÍ

ESTUDIO UNIVERSITARIO 1

NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS CONCLUIDOS: SÍ

GRADO O TÍTULO: MEDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA EGRESADO: SÍ

AÑO DE OBTENCIÓN: 2000 INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: _____

ESTUDIO UNIVERSITARIO 2

NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS CONCLUIDOS: SÍ

GRADO O TÍTULO: ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA EGRESADO: SÍ
AÑO DE OBTENCIÓN: _____ INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: _____

ESTUDIO UNIVERSITARIO 3

NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA CONCLUIDOS: SÍ
GRADO O TÍTULO: BACHILLER EN MEDICINA EGRESADO: SÍ
AÑO DE OBTENCIÓN: _____ INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: _____

ESTUDIO UNIVERSITARIO 4

NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA CONCLUIDOS: SÍ
GRADO O TÍTULO: MEDICO CIRUJANO EGRESADO: SÍ
AÑO DE OBTENCIÓN: _____ INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: _____

ESTUDIOS DE POSGRADO

¿CUENTA CON ESTUDIOS DE POSGRADO? SÍ NO

ESTUDIO DE POSGRADO 1

NOMBRE DEL CENTRO DE ESTUDIOS: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
ESPECIALIZACIÓN: DOCTOR EN CIENCIAS MEDICINA CONCLUIDOS: SÍ
EGRESADO: SÍ GRADO OBTENIDO: _____ MAESTRO: _____ DOCTOR: SÍ AÑO DE OBTENCIÓN: 2011
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: _____

OTROS ESTUDIOS DE POSGRADO

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR? SÍ TENGO NO TENGO

IV. TRAYECTORIA PARTIDARIA Y/O POLÍTICA DE DIRIGENTE

CARGOS PARTIDARIOS

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

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR? SÍ TENGO NO TENGO

CARGOS DE ELECCIÓN POPULAR

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 TENGO NO TENGO

V. RELACIÓN DE SENTENCIAS

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

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR? SÍ TENGO NO TENGO

VI. RELACIÓN DE SENTENCIAS, QUE DECLAREN FUNDADAS LAS DEMANDAS INTERPUESTAS CONTRA LOS CANDIDATOS POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FAMILIARES Y/O ALIMENTARIAS, CONTRACTUALES Y LABORALES O POR INCURRIR EN VIOLENCIA FAMILIAR, QUE HUBIERAN QUEDADO FIRMES, O SI NO LAS TUVIERA*.

*Según el inciso 6 del numeral 23.3 del artículo 23 de la ley N.º 28094, Ley de Organizaciones Políticas

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

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR? SÍ TENGO NO TENGO

VII. 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

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR? SÍ TENGO NO TENGO

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

MENCIÓN RENUNCIA 1		HASTA (Opcional):	Año de renuncia
ORGANIZACIÓN POLÍTICA A LA QUE RENunció:	<u>MOVIMIENTO ETNOCACERISTA REGIONAL DEL CUSCO</u>		<u>2018</u>
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: _____			

MENCIÓN RENUNCIA 2		HASTA (Opcional):	
ORGANIZACIÓN POLÍTICA A LA QUE RENunció:	<u>PARTIDO APRISTA PERUANO</u>		<u>2009</u>
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: _____			

VIII. DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS DE BIENES Y RENTAS, BIENES MUEBLES DEL DECLARANTE Y SOCIEDAD DE GANANCIALES

INGRESOS Declarar año fiscal anterior inmediato a la fecha de presentación de las solicitudes de inscripción

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR? SÍ TENGO NO TENGO

AÑO DECLARADO: 2024	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO	TOTAL (S/)
REMUNERACIÓN BRUTA ANUAL * (Pago por planillas , sujetos a rentas de quinta categoría)	23,860.00	0.00	23,860.00
RENTA BRUTA ANUAL POR EJERCICIO INDIVIDUAL * (Ejercicio individual de profesión, oficio u otras tareas - rentas de cuarta categoría)	201,272.73	17,048.00	218,320.73
OTROS INGRESOS ANUALES* (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 * *)	9,000.00	0.00	9,000.00

* Total de Ingresos antes de impuestos u otras deducciones

** Son los intereses ganados por las acciones

TOTAL
INGRESOS (S/): 251,180.73

BIENES INMUEBLES DEL DECLARANTE Y SOCIEDAD DE GANANCIALES

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

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR? SÍ TENGO NO TENGO

N°	TIPO DE BIEN	DIRECCIÓN	INSCRITO EN SUNARP	PARTIDA	VALOR (S/)	VALOR AUTOVALÚO	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
1	LOTE	MZ GLOTE 10 HUANCARO	Si	02028697	622,407.36	622,407.36	EL PREDIO SE ENCUENTRA ACTUALMENTE INDEPENDIZADO EN 6 PARTIDAS INDEPENDIENTES
2	DEPARTAMENTO	JIRON FRAY LUIS DE LEON NUM 211 DPTO N° 301 - TERCER PISO URB SAN BORJA SUR SAN BORJA - LIMA - LIMA	Si	12380328	145,760.00	145,760.00	
3	ESTACIONAMIENTO	JIRON FRAY LUIS DE LEON NUM 209 ESTAC N° 5 - SEMSÓTANO URB SAN BORJA SUR SAN BORJA - LIMA - LIMA	Si	12380319	15,473.14	15,473.14	
4	DEPARTAMENTO	HUANCARO	Si	1173799	350,000.00	97,192.00	DPTO 101 INDEPENDIZADO DE PARTIDA MATRIZ N° 02028697
5	ESTACIONAMIENTO 01	HUANCARO	Si	1173800	45,000.00	45,000.00	PARTIDA INDEPENDIZADA DE MATRIZ CON N° 02028697
6	DEPARTAMENTO	HUANCARO	Si	1173803	350,000.00	102,735.76	DPTO 301 INDEPENDIZADO DE PARTIDA MATRIZ N° 02028697
7	ESTACIONAMIENTO	HUANCARO	Si	1173804	45,000.00	45,000.00	ESTACIONAMIENTO INDEPENDIZADO DE PARTIDA MATRIZ 02028697
8	DEPARTAMENTO	HUANCARO	Si	1173805	350,000.00	102,735.76	DPTO 401 INDEPENDIZADO DE PARTIDA MATRIZ 02028697
9	ESTACIONAMIENTO	HUANCARO	Si	1173806	45,000.00	45,000.00	PARTIDA INDEPENDIZADA DE PARTIDA MATRIZ N° 02028697
10	DEPARTAMENTO	HUANCARO	Si	1173807	350,000.00	102,735.76	DEPARTAMENTO 501 INDEPENDIZADO DE PARTIDA MATRIZ 02028697

BIENES MUEBLES DEL DECLARANTE Y SOCIEDAD DE GANANCIALES

(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 TENGO NO TENGO

N°	VEHÍCULO	PLACA	CARACTERÍSTICAS	VALOR (S/)	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
1	CAMIONETA	F5E-597	HONDA PILOT XL - 2013	70,000.00	
2	CAMIONETA	ALU-040	HYUNDAI TUCSON 2015	45,000.00	

TOTAL BIENES
MUEBLES (S/): 115,000.00

TITULARIDAD DE ACCIONES Y PARTICIPACIONES

Nota: Se debe declarar acciones y participaciones independientemente de la situación tributaria (estado y condición del contribuyente) de la persona jurídica.

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR? SÍ TENGO NO TENGO

N°	PERSONA JURÍDICA	TIPO DE BIEN A DECLARAR		NÚMERO DE ACCIONES Y PARTICIPACIONES	VALOR NOMINAL DEL TOTAL DE ACCIONES O PARTICIPACIONES	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
		ACCIONES	PARTICIPACIONES			
1	MEDICOS ASOCIADOS S.A.C	X		325785	325,785.00	
2	CLINICA ALIANZA MED SAC	X		50	2,300.00	SOY ACCIONISTA CON EL 50 POR CIENTO DEL TOTAL DE LAS ACCIONES DE ESTA EMPRESA.

IX. INFORMACIÓN ADICIONAL (OPCIONAL)

--

Nota: En caso de tener información que adicionar o incorporar en cada rubro -que no haya sido interoperabilizada por la entidad correspondiente- el sistema le permitirá agregarla

FECHA EN QUE TERMINÓ DE LLENAR LOS DATOS EN ESTE FORMATO: 20/12/2025 05:59:06
