



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

44311185: _____

ANGELICA
ELIZABETH
GOICOCHEA
PINEDO

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⁾: 44311185
SEXO ⁽²⁾: FEMENINO
APELLIDO PATERNO ⁽³⁾: GOICOCHEA
APELLIDO MATERNO ⁽⁴⁾: PINEDO
NOMBRES ⁽⁵⁾: ANGELICA ELIZABETH
FECHA DE NACIMIENTO ⁽⁶⁾: 17/04/1987

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.



44311185140000

LUGAR DE NACIMIENTO ⁽⁷⁾

PAÍS: PERÚ DEPARTAMENTO: LIMA

PROVINCIA: CAÑETE DISTRITO: SAN ANTONIO

LUGAR DE DOMICILIO

DEPARTAMENTO: LIMA PROVINCIA: CAÑETE

DISTRITO: 12

DIRECCIÓN: *****

ORGANIZACIÓN POLÍTICA POR LA QUE POSTULA: FUERZA POPULAR

CARGO AL QUE POSTULA

- | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> PRESIDENTE DE LA REPUBLICA | <input type="checkbox"/> PRIMER VICEPRESIDENTE DE LA REPUBLICA | <input type="checkbox"/> SEGUNDO VICEPRESIDENTE DE LA REPUBLICA | <input checked="" type="checkbox"/> DIPUTADO | <input type="checkbox"/> SENADOR | <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE ANTE EL PARLAMENTO ANDINO |
| <input type="checkbox"/> GOBERNADOR REGIONAL | <input type="checkbox"/> VICEGOBERNADOR REGIONAL | <input type="checkbox"/> CONSEJERO REGIONAL | <input type="checkbox"/> ALCALDE PROVINCIAL | <input type="checkbox"/> ALCALDE DISTRITAL | <input type="checkbox"/> REGIDOR PROVINCIAL |
| <input type="checkbox"/> 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: LIMA PROVINCIAS

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: RIS CHILCA-MALA.

OFICIOS / OCUPACIONES / PROFESIONES: MÉDICO CIRUJANO RUC EMPRESA (OPCIONAL): 20225634085

DIRECCIÓN: AV. LIBERTAD S/N DESDE (AÑO): 2023 HASTA (AÑO): 2025

PAÍS*: PERU DEPARTAMENTO: LIMA

PROVINCIA: CANETE DISTRITO: SAN ANTONIO

SE PRESTÓ SERVICIOS PARA LA MISMA RED, DESDE JULIO DE 2020 HASTA DICIEMBRE DE 2020 ALTERNAMENTE

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: PRESTANDO SERVICIO EN EL PUESTO DE SALUD SANTA CRUZ DE FLORES

EXPERIENCIA LABORAL 2

NOMBRE DEL CENTRO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO O TRABAJO: HOSPITAL HUARAL Y SERV. BÁSICOS DE SALUD

OFICIOS / OCUPACIONES / PROFESIONES: MÉDICO CIRUJANO RUC EMPRESA (OPCIONAL): 20180817680

DIRECCIÓN: CALLA TACNA N 120. URB. SAN JUAN II DESDE (AÑO): 2021 HASTA (AÑO): 2022

PAÍS*: PERU DEPARTAMENTO: LIMA

PROVINCIA: HUARAL DISTRITO: HUARAL

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: _____

EXPERIENCIA LABORAL 3

NOMBRE DEL CENTRO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO O TRABAJO: RED INTEGRAL DE SALUD HUAROCHIRÍ

OFICIOS / OCUPACIONES / PROFESIONES: MÉDICO CIRUJANO RUC EMPRESA (OPCIONAL): 20544005864

DIRECCIÓN: CALLE JOSÉ CARLOS MARIATEGUI 407 DESDE (AÑO): 2021 HASTA (AÑO): 2021

PAÍS*: PERU DEPARTAMENTO: LIMA

PROVINCIA: HUARACHIRI DISTRITO: HUARACHIRI

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: MODALIDAD DE TERCEROS

EXPERIENCIA LABORAL 4

NOMBRE DEL CENTRO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO O TRABAJO: RED INTEGRAL DE SALUD CANTA

OFICIOS / OCUPACIONES / PROFESIONES: MÉDICO CIRUJANO RUC EMPRESA (OPCIONAL): 20162086716

DIRECCIÓN: JR. CÁCERES S/N DESDE (AÑO): 2017 HASTA (AÑO): 2018

PAÍS*: PERU DEPARTAMENTO: LIMA

PROVINCIA: CANTA DISTRITO: LACHAQUI

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: MÉDICO SERUMISTA (SERVICIO RURAL Y URBANO MARGINAL)

EXPERIENCIA LABORAL 5

NOMBRE DEL CENTRO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO O TRABAJO: RIS SALUD CAÑETE - YAUYOS

OFICIOS / OCUPACIONES / PROFESIONES: MÉDICO CIRUJANO RUC EMPRESA (OPCIONAL): 20202698124

DIRECCIÓN: MARISCAL BENAVIDES MZ. A LTE. 7 DESDE (AÑO): 2019 HASTA (AÑO): 2020

PAÍS*: PERU DEPARTAMENTO: LIMA

PROVINCIA: CANETE DISTRITO: SAN VICENTE DE CANETE

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: SE PRESTÓ SERVICIOS EN ESTA MISMA RED, EN EL CENTRO DE SALUD LUNAHUANA, DEL DISTRITO DE LUNAHUANA, DURANTE LOS MESES DE AGOSTO A SETIEMBRE DE 2021.

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 PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA S.A.C. CONCLUIDOS: SÍ

GRADO O TÍTULO: MÉDICO CIRUJANO EGRESADO: SÍ

AÑO DE OBTENCIÓN: 2017 INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: _____

ESTUDIO UNIVERSITARIO 2

NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA S.A.C. CONCLUIDOS: SÍ

GRADO O TÍTULO: BACHILLER EN MEDICINA HUMANA EGRESADO: SÍ

AÑO DE OBTENCIÓN: 2017 INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: _____

ESTUDIOS DE POSGRADO

¿CUENTA CON ESTUDIOS DE POSGRADO? SÍ NO

ESTUDIO DE POSGRADO 1

NOMBRE DEL CENTRO DE ESTUDIOS: UNIVERSIDAD SAN MARTÍN DE PORRES

ESPECIALIZACIÓN: GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD CONCLUIDOS: SÍ

EGRESADO: SÍ GRADO OBTENIDO: _____ MAESTRO: NO DOCTOR: NO AÑO DE OBTENCIÓN: _____

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: ESTUDIOS CONCLUIDOS EN 2024

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.° 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 Año de renuncia
ORGANIZACIÓN POLÍTICA A LA QUE RENUNCIÓ: ARRIBA CAÑETE HASTA (Opcional): 2007

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: LA ORGANIZACIÓN POLITICA FUE CANCELADA

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)	97,156.00	0.00	97,156.00
RENTA BRUTA ANUAL POR EJERCICIO INDIVIDUAL * (Ejercicio individual de profesión, oficio u otras tareas - rentas de cuarta categoría)	0.00	0.00	0.00
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 **)	0.00	0.00	0.00

* Total de Ingresos antes de impuestos u otras deducciones

** Son los intereses ganados por las acciones

TOTAL INGRESOS (S/): 97,156.00

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	Departamento	Calle Combate de Abtao 185 - Block C, Dpto. 1505 PISO 15, Santiago de Surco	Nb		359,000.00	300.00	Compra en trámite aún no está registrada en registros públicos, adquisición realizada mediante crédito hipotecario con Scotiabank

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	REGISTRO DE PROPIEDAD VEHICULAR	APR240	Camioneta Honda CRV	12,000.00	
2	REGISTRO DE PROPIEDAD VEHICULAR	4684GB	Motocicleta	6,400.00	

TOTAL BIENES MUEBLES (S/): 18,400.00

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			

IX. INFORMACIÓN ADICIONAL (OPCIONAL)

TRAYECTORIA PARTIDARIA Y/O POLÍTICA DE DIRIGENTE - Elegida en 2024 como secretaria provincial de Cañete, registrada en el partido Fuerza Popular

INFORMACIÓN ADICIONAL - Mediante Resolución N 388 del Consejo Regional XXIII del Colegio Médico del Perú, de fecha 24 de abril de 2024, se designó a la Sra. Angélica Elizabeth Goicochea Pinedo, como Tesorera, cargo que ejerce de manera ad honorem.

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: 18/12/2025 10:11:18