



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

07888319: _____

HUGO
LEON
RAMOS
LESCANO

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⁾: 07888319
SEXO ⁽²⁾: MASCULINO
APELLIDO PATERNO ⁽³⁾: RAMOS
APELLIDO MATERNO ⁽⁴⁾: LESCANO
NOMBRES ⁽⁵⁾: HUGO LEON
FECHA DE NACIMIENTO ⁽⁶⁾: 03/07/1965

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.



07888319140100

LUGAR DE NACIMIENTO ⁽⁷⁾

PAÍS: PERÚ DEPARTAMENTO: LIMA
PROVINCIA: LIMA DISTRITO: PACHACAMAC

LUGAR DE DOMICILIO

DEPARTAMENTO: LIMA PROVINCIA: LIMA
DISTRITO: PACHACAMAC
DIRECCIÓN: *****

ORGANIZACIÓN POLÍTICA POR LA QUE POSTULA: PODEMOS PERU

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 METROPOLITANA
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: DIRECCION DE SALUD II LIMA SUR

OFICIOS / OCUPACIONES / PROFESIONES: GESTOR DE SALUD PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITES DE SALUD RUC EMPRESA LA RIS LURIN Y BALNEAREOS (OPCIONAL): 20177030563

DIRECCIÓN: CA. MARTINEZ DE PINILLO URB. BARRANCO 124 INT B DESDE (AÑO): 2025 HASTA (AÑO): 2025

PAÍS*: PERU DEPARTAMENTO: LIMA

PROVINCIA: LIMA DISTRITO: BARRANCO

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: LOCADOR DE SERVICIOS (LABORES HASTA OCTUBRE 2025)

EXPERIENCIA LABORAL 2

NOMBRE DEL CENTRO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO O TRABAJO: MUNICIPALIDAD DE CIENEGUILLA

OFICIOS / OCUPACIONES / PROFESIONES: ENCARGADO DE LA CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE LA DIABETES Y COLESTEROL MEDIANTE ANÁLISIS CLÍNICOS RUC EMPRESA (OPCIONAL): 20181109891

DIRECCIÓN: AV. NUEVA TOLEDO 97B DESDE (AÑO): 2025 HASTA (AÑO): 2025

PAÍS*: PERU DEPARTAMENTO: LIMA

PROVINCIA: LIMA DISTRITO: CIENEGUILLA

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: LOCADOR DE SERVICIOS (LABORES HASTA JULIO 2025)

EXPERIENCIA LABORAL 3

NOMBRE DEL CENTRO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO O TRABAJO: MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS

OFICIOS / OCUPACIONES / PROFESIONES: ENCARGADO DE LA CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE LA DIABETES, COLESTEROLEMIA Y ANEMIA MEDIANTE ANÁLISIS RUC EMPRESA (OPCIONAL): 20131378115

DIRECCIÓN: AV DEL AIRE URB. VILLA JARDIN 1540 DESDE (AÑO): 2025 HASTA (AÑO): 2025

PAÍS*: PERU DEPARTAMENTO: LIMA

PROVINCIA: LIMA DISTRITO: SAN LUIS

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: LOCADOR DE SERVICIOS (LABORES HASTA JUNIO 2025)

EXPERIENCIA LABORAL 4

NOMBRE DEL CENTRO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO O TRABAJO: MUNICIPALIDAD DEL RIMAC

OFICIOS / OCUPACIONES / PROFESIONES: GERENTE MUNICIPAL RUC EMPRESA (OPCIONAL): 20131366613

DIRECCIÓN: PZA. ARMAS DEL RIMAC CERCADO DESDE (AÑO): 2024 HASTA (AÑO): 2024

PAÍS*: PERU DEPARTAMENTO: LIMA

PROVINCIA: LIMA DISTRITO: RIMAC

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: _____

EXPERIENCIA LABORAL 5

NOMBRE DEL CENTRO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO O TRABAJO: MUNICIPALIDAD DE MAGDALENA DEL MAR

OFICIOS / OCUPACIONES / PROFESIONES: SUB GERENTE DE PROGRAMAS SOCIALES Y SALUD RUC EMPRESA (OPCIONAL): 20131376848

DIRECCIÓN: AV BRASIL 3501 DESDE (AÑO): 2023 HASTA (AÑO): 2024

PAÍS*: PERU DEPARTAMENTO: LIMA

PROVINCIA: LIMA DISTRITO: MAGDALENA DEL MAR

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: BACHILLER EN TECNOLOGIA MEDICA EGRESADO: SÍ

AÑO DE OBTENCIÓN: 1992 INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: _____

ESTUDIO UNIVERSITARIO 2

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

GRADO O TÍTULO: LICENCIADO EN TECNOLOGIA MEDICA EN EL AREA: LABORATORIO CLINICO Y ANATOMIA PATOLOGICA EGRESADO: SÍ

AÑO DE OBTENCIÓN: 1992 INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA:

ESTUDIOS DE POSGRADO

¿CUENTA CON ESTUDIOS DE POSGRADO? SÍ NO

ESTUDIO DE POSGRADO 1

NOMBRE DEL CENTRO DE ESTUDIOS: UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

ESPECIALIZACIÓN: ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD CONCLUIDOS: SÍ

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

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: CUENTO CON CONSTANCIA DE EGRESADO CON CODIGO 2000706581

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 sin verse marcar la opción con la nomenclatura actual.

¿TENGO INFORMACIÓN POR DECLARAR? SÍ TENGO NO TENGO

CARGO 2. (Marque solo una opción)

- | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> PRESIDENTE(A) | <input type="checkbox"/> PRIMER(A) VICEPRESIDENTE(A) | <input type="checkbox"/> SEGUNDO(A) VICEPRESIDENTE(A) | <input type="checkbox"/> CONGRESISTA | <input type="checkbox"/> DIPUTADO(A) | <input type="checkbox"/> SENADOR(A) |
| <input type="checkbox"/> PARLAMENTARIO(A) ANDINO(A) | <input type="checkbox"/> GOBERNADOR(A) REGIONAL | <input type="checkbox"/> VICEGOBERNADOR(A) REGIONAL | <input type="checkbox"/> CONSEJERO(A) REGIONAL | <input type="checkbox"/> ALCALDE(SA) PROVINCIAL | <input checked="" type="checkbox"/> ALCALDE(SA) DISTRITAL |
| <input type="checkbox"/> ALCALDE(SA) DE CENTRO POBLADO | <input type="checkbox"/> REGIDOR(A) PROVINCIAL | <input type="checkbox"/> REGIDOR(A) DISTRITAL | <input type="checkbox"/> REGIDOR(A) DE CENTRO POBLADO | | |

ORGANIZACIÓN POLÍTICA: SOLIDARIDAD NACIONAL

DESDE (AÑO): 2015 HASTA (AÑO): 2018

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA:

CARGO 3. (Marque solo una opción)

- | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> PRESIDENTE(A) | <input type="checkbox"/> PRIMER(A) VICEPRESIDENTE(A) | <input type="checkbox"/> SEGUNDO(A) VICEPRESIDENTE(A) | <input type="checkbox"/> CONGRESISTA | <input type="checkbox"/> DIPUTADO(A) | <input type="checkbox"/> SENADOR(A) |
| <input type="checkbox"/> PARLAMENTARIO(A) ANDINO(A) | <input type="checkbox"/> GOBERNADOR(A) REGIONAL | <input type="checkbox"/> VICEGOBERNADOR(A) REGIONAL | <input type="checkbox"/> CONSEJERO(A) REGIONAL | <input type="checkbox"/> ALCALDE(SA) PROVINCIAL | <input checked="" type="checkbox"/> ALCALDE(SA) DISTRITAL |
| <input type="checkbox"/> ALCALDE(SA) DE CENTRO POBLADO | <input type="checkbox"/> REGIDOR(A) PROVINCIAL | <input type="checkbox"/> REGIDOR(A) DISTRITAL | <input type="checkbox"/> REGIDOR(A) DE CENTRO POBLADO | | |

ORGANIZACIÓN POLÍTICA: RESTAURACION NACIONAL

DESDE (AÑO): 2011 HASTA (AÑO): 2014

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA:

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 (Solo los dos últimos):

MENCIÓN RENUNCIA 1 ORGANIZACIÓN POLÍTICA A LA QUE RENUNCIÓ: RENOVACION POPULAR HASTA (Opcional): 2019 Año de renuncia

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)	0.00	0.00	0.00
RENDA BRUTA ANUAL POR EJERCICIO INDIVIDUAL * (Ejercicio individual de profesión, oficio u otras tareas - rentas de cuarta categoría)	93,275.00	0.00	93,275.00
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/): 93,275.00

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	CASA	JR LIMA MZ 3 LT 33 - PACHACAMAC	No		83,330.00	25,718.00	ADQUIRIDO POR DONACION

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

TOTAL BIENES
MUEBLES (S/): _____

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	LABORATORIO CLINICO RL-SAC	X		45830	45,830.00	
2	INVERSIONES HURALES EIRL	X		5000	5,000.00	

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: 22/12/2025 01:24:01