



873-746-626384-1210092645

SECCIÓN SEGUNDA  
INFORMACIÓN PÚBLICA

**DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS BIENES Y RENTAS**  
**LEY 27482**

**DATOS GENERALES DE LA ENTIDAD**

**ENTIDAD** HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ  
**DIRECCIÓN** AVENIDA SAENZ PEÑA NRO. S/N ZONA CALFAROC13 PUENTE PIEDRA  
LIMA LIMA PERU PUENTE PIEDRA LIMA LIMA  
**EJERCICIO PRESUPUESTAL** 2024

**DATOS GENERALES DEL DECLARANTE**

**DNI/CE** DNI - 10730068  
**APELLIDO PATERNO** ALFARO  
**APELLIDO MATERNO** CONTRERAS  
**NOMBRES** CHRISTIAN RAINER

**OPORTUNIDAD DE PRESENTACIÓN**  
(Marcar con una X la correspondiente opción)

**AL INICIO** X  
**ENTREGA PERIÓDICA**  
**AL CESAR**

**DECLARACIÓN DEL PATRIMONIO**

| RUBROS DECLARADOS    | SECTOR PÚBLICO | SECTOR PRIVADO | TOTAL S/. |
|----------------------|----------------|----------------|-----------|
| INGRESOS MENSUALES * | 7,000.00       | 0.00           | 7,000.00  |
| BIENES **            |                |                | 0.00      |
| OTROS ***            |                |                | 930.00    |

**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