

**ANEXO N° 01**

**SOLICITO:** PARTICIPAR EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS (CAS) TEMPORAL N° 02-2023 HR "MNB" PUNO.

**CARGO DE:** .....

**CODIGO DE PLAZA:** .....

**SEÑOR PRESIDENTE DE LA COMISION DE CONTRATACION POR CONTRATACIÓN POR ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS (CAS) TEMPORAL DE LA UNIDAD EJECUTORA 411 HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO. PROCESO N°02-2023.**

Yo, .....,  
....., identificado con DNI N°  
....., y domiciliado en  
....., ante Ud, con el  
debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

Que, habiéndose publicado en la página WEB del Hospital Regional "MNB" Puno y cumpliendo con los requisitos exigidos en las bases publicadas y deseando participar en el proceso de CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS (CAS) TEMPORAL. PROCESO N° 02-2023, para el CARGO DE: ..... CODIGO DE PLAZA: ( ), por lo que solicito se me considere a participar en el presente proceso de selección abreviado de personal, convocado por el Hospital Regional "MNB" PUNO, para dicho efecto adjunto:

- ANEXO N° 01
- ANEXO N° 02
- COPIA DE DNI.
- CURRICULUM VITAE, documentado, foliado, fedateado y/o legalizado.

Puno, ..... de setiembre del 2023.

Firma.....

Nombres y Apellidos.....

DNI N° .....

Dr. Héctor A. CANAVE VILCA  
CNP 83834 - CNE 02648  
SEGO DIRECTO - PUNO



Almg. Damián Amador Lara Zubiate  
JEFE UNIDAD DE SERVICIOS HUMANOS  
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO



Dr. RENDON R. LOZA PEÑA  
MEDICINA INTENSIVA  
CNP: 33668RNE 18462  
N.R.M.N.B.

**ANEXO N° 02**

Yo, ..... identificado con DNI  
N° ..... con domicilio en .....

..... Mediante la presente solicito, se me considere para participar en el Proceso de  
CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS (CAS) TEMPORAL de la Unidad ejecutora  
411 Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Proceso N°02-2023, a fin de participar en dicha  
convocatoria para el proceso de selección descrito, para tal efecto DECLARO BAJO  
JURAMENTO lo siguiente:

- 1.- No tener sanción Administrativa ni haber sido sancionado en el ejercicio de mis funciones.
- 2.- No encontrarme inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos REDAM.
- 3.- No tener impedimento para contratar con el estado y de no percibir otros ingresos del estado.
- 4.- No vulnerar la Ley N° 26771-nepotismo.
- 5.- No registro antecedentes penales ni estar en el Registro Nacional de Condenas de Poder judicial.
- 6.- Estar Física y Mentalmente Sano.

Para lo cual, Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el Artículo 42°  
de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.

Puno, de setiembre del 2023.

Firma: ..... Huella digital:.....

DNI: .....

Celular: .....

*[Handwritten signature]*  
Dr. Hector C. VILLALBA  
CMP-35569-01-18462  
DIRECTOR GENERAL  
HOSPITAL REGIONAL "MNP" - PUNO



*[Handwritten signature]*  
Mg. Dora Isabel Jara Zubita  
JEFE UNIDAD RECURSOS HUMANOS  
HOSPITAL REGIONAL "MNP" - PUNO



*[Handwritten signature]*  
DR. RENDON R. LOZAPENA  
MEDICINA INTENSIVA  
CMP-35569-01-18462  
H.R.M.H.E.