	EODMIII ADIO								RH-29
	FORMULARIO REQUERIMIENTO DE PERSONAL						Versión:		5
NATCLAR Gestlon de Salud Ocupacional					Unidad:	Corpo	orativo		
Fecha 10-08-2017									
		OS DE LA SEI	DE O UNIDAD	SOLICITA	NTE				
Sede o Unidad	CLÍNICA LA VICTORIA		E-mail						
Área	GERENCIA		Telef / Anexo						
Solicitante	ESTRADA VARGAS HO		Celular						
		DATOS DEL	PUESTO A	CUBRIR					
Nombre del Puesto	ASISTENTE DE GERE	NCIA							
Cantidad	1								
Motivo (Marcar)	•					Modalidad de contratación			
Personal a Disposición (Especificar el	nombre de la persona e	en Disposición)	X			Por Inicio de Actividad			
Puesto nuevo						Por Increme	ento de Activ	idad	Χ
Renuncia (Especificar el nombre de la persona en retiro)									
Descanso Médico									
Licencia									
Campaña									
Vacaciones (Especificar el nombre de	la persona en vacacion	es)							
		HORAR	IO DE TRABA	AJO					
	5/			L	М	Mi	J V	S	D
	Días			Х	Х	Х	ХХ		
Turno Mañana						l .	ficar Horario		
Turno Tarde				1	08:00:00		-	18:00:00	
Turno Noche				1				-	
Rotativo									
Indicar Sistema		5 x 2							
		UBICAC	IÓN DEL PUE	STO					
País	PERÚ		Provincia				CAJA	MARCA	
Departamento	CAJAMARCA Distrito							MARCA	
Lugar de ejecución	Oficina	-		Х		Car	mpo		
,	COMPETENCIAS	Y/O HABILID	ADES REQU	ERIDAS PA	ARA EL PU		•		
A) Formación Académica:									
								Secundario	
	Nivel Requerido								
							-		
Especialidades/Maestría									
Diplomados:									
<u> </u>									
Observaciones:									
B) Experiencia Requerida:									
C) Programas Informáticos:	1	Avanzado	7	Intermedi	io	Básico	7		
							-		
PERFIL PERSONAL:	E-44 00:01		10			10 - 14		   No.	
	Estado Civil	X	Casado			Soltero		No relevante	
	Sexo	X	Masculino		<u> </u>	Femenino		No Relevante	
	Rango de Edad		No relevante	)	Х	Si relevante	De: 20	а	25
Observaciones:									
Observaciones del mes de nEnero de	1 2017								
Dam	(A!	in de Doo	- House						
Remuneración mensual para puesto	: (A ser ilenado por Jei	e ae Kecurso	s Humanos)						
S/. 0 - Confirmado por:									
FIRMA Y SELLO del solicitante			1	FIRMA Y SELLO de la Gerencia responsable					
FIRMA Y SELLO Jefe de Recursos Humanos				FI	RMA Y SE	LLO Gerente	de Adminis	tración y Fin	anzas
* Medio tiempo : 4 Horas diarias - máx	kimo de 24 hrs semanale	es incluye todo	s los benefic	ios.					
** Tiempo Parcial: Un máximo de 3 4					e heneficio	de gratifica	ción v ESSA	LUD	

<sup>\*\*</sup> Tiempo Parcial: Un máximo de 3.45 hrs al día - nopuede exceder 18 hrs semanales - sólo incluye beneficio de gratificación y ESSALUD.

<sup>\*\*\*</sup> Locación de servicio: Valor por hora - incluye todos los beneficios.