

**MODELO DEL ENCABEZADO DEL LIBRO U HOJAS SUeltas  
DE LAS MODALIDADES FORMATIVAS LABORALES**

Mes: \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_\_

N°	Modalidad Formativa Laboral	DOCUMENTOS 1. D.N.I. 2. Lib. Mil. 3. Bol. Mil. 4. P. Nac. 5. Otros	Apellidos y Nombres	Mayor o menor responsabilidad familiar	Beneficiario con discapacidad	Edad	Sexo M F	Fecha de suscripción del Convenio Dia/Mes/Año	Fecha de Inicio del Convenio Dia/Mes/Año	Fecha de Término del Convenio Dia/Mes/Año	Horario Nocturno 1. Si 2. No	Nivel Educativo 1. Sin Estudios 2. Primaria Incompleta 3. Primaria Completa 4. Secundaria Incom. 5. Secundaria Com. 6. Superior Tec. Incomp. 7. Superior Tec. Comp. 8. Superior Univ. Inc. 9. Superior Univ. Com.	Seguro Médico 1. Compañía Privada de Seg. (Indique) 2. ESSALUD	PROFESIÓN O CARRERA TÉCNICA (*)	OCUPACIÓN	Centro de Formación Profesional 1. Centro Educativo 2. Universidad 3. Instituto 4. Otros	Subvención Económica Mensual S/.	Jornada Formativa Laboral		Firma del Beneficiario	
																		De	Hasta		

(\*) Sólo llenar en caso de aprendizaje y prácticas profesionales.

## ENCABEZADO DEL LIBRO DE REGISTRO DE PROGRAMAS ANUALES Y EXTRAORDINARIOS DE CAPACITACIÓN LABORAL JUVENIL

Nº de Orden	Nº Registro de Mesa de Partes	Fecha de ingreso en Mesa de Partes	Nº de Registro del Programa	Fecha de Registro del Programa	Código del Tipo de Programa <sup>1</sup>	Razón social o denominación de la empresa	RUC	Ocupaciones a ser cubiertas por el programa	Nº Máximo de beneficiarios a capacitarse en la ocupación <sup>2</sup>	Responsable de la Formación de los Beneficiarios por ocupación	Duración de la formación según tipo de ocupación. (en meses)	Entidad que brinda la capacitación 1. Empresa <sup>3</sup> , 2. CFP, <sup>4</sup> 3. Ambos <sup>3</sup> 4. Otros <sup>5</sup> .

<sup>1</sup> Coloque sólo código: 001: Programa Anual y 002: Programa Extraordinario

<sup>2</sup> Este no deberá exceder al 20% del número de trabajadores del total del personal del área u ocupación específica ni del 20% del total de trabajadores de la empresa con vinculación laboral directa. Puede incrementarse en un 10% adicional si este esta compuesto por jóvenes con discapacidad o jóvenes madres con responsabilidad familiar.

<sup>3</sup> Coloque solo código.

<sup>4</sup> Adicionalmente deberá señalar el nombre y distrito del Centro de Formación Profesional.

<sup>5</sup> Adicionalmente deberá señalar el tipo de entidad, nombre y distrito.

## ENCABEZADO DEL LIBRO DE REGISTRO DE PLANES ENTRENAMIENTO Y ACTUALIZACIÓN PARA LA REINSERCIÓN LABORAL

Nº de Orden	Nº Registro de Mesa de Partes	Fecha de ingreso en Mesa de Partes	Nº de Registro del Plan	Fecha de Registro del Plan	Razón social o denominación de la empresa	RUC	Determinación del puesto a ser cubierto por el beneficiario	Responsable de la Formación del Beneficiario	Plazo de duración de l entrenamiento y actualización	Nº de horas de entrenamiento en el puesto de trabajo	Nº de horas de formación del programa complementario	Tipo de los servicios complementarios a utilizar <sup>1</sup>  1. Formación específica <sup>2</sup> 2. Orientación y ABE. <sup>2</sup> 3. Certificación ocupacional <sup>2</sup> 4. Pasantía <sup>2</sup> 5. Otros <sup>3</sup>	Entidad que brinda la servicios complementarios  1. Empresa <sup>2</sup> 2. CFP. <sup>4</sup> 3. Otros <sup>5</sup>

<sup>1</sup> Se puede marcar mas de una opción

<sup>2</sup> Coloque sólo código.

<sup>3</sup> Adicionalmente, deberá señalar el tipo de servicio.

<sup>4</sup> Adicionalmente deberá señalar el nombre y distrito del Centro de Formación Profesional.

<sup>5</sup> Adicionalmente deberá señalar el tipo de entidad, nombre y distrito.