	SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO	IT PAIL 01 REVISIÓN 0 03/09/10
	PROGRAMA DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL (PAIL)	Página 1 de 1
SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EMPRESARIAL		

Panamá ___ de ___ de 20 1_

Licenciado (a)

Director (a) General de Empleo
E. S. D

Yo, _____ con cédula de identidad personal Núm. _____ en representación legal de la empresa _____, RUC _____, manifiesto mi interés y elevo mi formal solicitud para participar en el Proyecto de Apoyo a la Inserción Laboral.

La empresa, cuya razón comercial es _____, tiene un total de _____ trabajadores, según consta en la Planilla de la Caja de Seguro Social del mes de _____. La actividad económica principal es _____, presta servicios de _____, tiene _____ años de operación, ubicada en la ciudad de _____, en la dirección _____, teléfono _____, fax _____, correo electrónico _____.

Es de nuestro entero conocimiento las disposiciones que rigen el Programa, las cuales cumpliré una vez aceptada esta solicitud.

1. Requerir contratar capital humano nuevo Cantidad _____

Área(s) específica _____, _____, _____

Ocupación a desempeñar _____, _____, _____

Ubicación _____,

Provincia, Distrito, Corregimiento

Dirección _____,

2. La duración del Convenio se dará por un período de:

Un mes Dos meses Tres meses

La persona que coordina el Proyecto es _____, cuyo cargo es _____.


En consecuencia doy fe a todo lo expuesto con anterioridad.

Atentamente,

Firma del Representante Legal de la Empresa

Adjuntar:

Aviso de operaciones y Registro Público de la Sociedad, copia de la cedula.

	SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO	IT PAIL 01 REVISIÓN 0 03/09/10
	PROGRAMA DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL (PAIL)	Página 1 de 1
PERFIL SOLICITADO POR LA EMPRESA		

Panamá ___ de ___ de 201_

DATOS DE LA EMPRESA ¹
Nombre: _____
Teléfonos _____, _____, Mail _____
DATOS DEL PERFIL SOLICITADO
Nombre del Contacto de R.H. _____
Cantidad de Recurso Humano requerido : _____
Área específica _____
Ocupación _____
Descripción específica del puesto _____

Horario (especificar hora de almuerzo) se les recuerda que: De a.m. a _ .m_(almuerzo: _ .m_a_ p.m.) de _____ a _____


PERFIL DEL SOLICITANTE

- a) Edad _____ de _____ años _____
- b) Nivel educativo _____
- c) Estado civil _____
- e) Habilidades especiales requeridas _____
- f) Área residencial (si aplica) _____
- g) Cursos realizados _____
- h) Otros detalles relevantes _____

1) Requisitos para la adaptación ocupacional (Perfil)

2) Detalle del equipo, materiales ó herramientas requeridas _____

¹ Ver datos completos de la Empresa en Solicitud de Participación Empresarial

	SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO	IT PAIL 01 REVISIÓN 0 03/09/10
	PROGRAMA DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL (PAIL)	Página 2 de 2
PERFIL SOLICITADO POR LA EMPRESA		

3) Detalle de otros apoyos económicos que la empresa desee suministrar voluntariamente al beneficiario

4) Nombre y cargo de la persona designada por la empresa para brindar las instrucciones de la adaptación ocupacional _____

5) Observaciones:

Atentamente,

(Firma por parte de la empresa)
Cargo
(Una hoja por cada perfil)

¹ Ver datos completos de la Empresa en Solicitud de Participación Empresarial



SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO


IT PAIL 01
REVISIÓN 0
03/09/10

PROGRAMA DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL (PAIL)

Página 2 de 2

PLANILLA DE PAGO DE BECARIO

- 1. SE CALCULA MULTIPLICANDO LAS HORAS SEMANALES POR 4.3333
- 2. SE DIVIDE LAS HORAS MENSUALES ENTRE DOS
- 3. COLOCAR EL SALARIO POR HORA DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA
- 4. SE CALCULA MULTIPLICANDO LAS HORAS MENSUALES POR EL SALARIO POR HORA
- 5. SE DIVIDE EL SALARIO MENSUAL ENTRE DOS
- 6. EN HORAS COLOCAR EL TIEMPO QUE EL COLABORADOR ESTUVO AUSENTE Y EN \$ SE COLOCA EL RESULTADO DE LA RATA POR HORA X LAS HORAS DE AUSENCIA.
- 7. RESTAR DEL SALARIO QUINCENAL EL MONTO POR AUSENCIA DE LA COLUMNA 6 LA SECCION EN B/.
- 8. EL NUMERO DE CHEQUE EMIPIDO POR TESORERIA.

	SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO	IT PAIL 01 REVISIÓN 0 03/09/10 Página 1 de 1
	PROGRAMA DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL (PAIL)	
CERTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS		

CERTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS

Panamá _____ de 2010.

Licenciado

Director (a) General de Empleo

E. S. D

Yo, _____ con cédula de identidad personal No. _____ en representación legal de la **EMPRESA** _____ . RUC _____ y D.V. _____ , certificamos que hemos seleccionado a los siguientes participantes para el Programa de Apoyo a la Inserción Laboral.

Apellido	Nombre	Cédula	Fecha De Nac.	Nivel Educ.	Horario	Duración Del Proyect	Ocupación	Ubicación


Atentamente,

Nombre y cédula de la persona que coordina el Programa _____

Firma _____

Cedula: _____

Cargo: _____

	SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO	IT PAIL 01 REVISIÓN 0 03/09/10
	PROGRAMA DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL (PAIL)	Página 1 de 1
EVALUACIÓN MENSUAL		

Evaluación de Conocimientos, Destrezas y Conductas del Participante

Debe ser llenado por la persona que trata directamente con el Participante/Becario y debe tener el Vo/Bo del encargado/a Recursos Humanos de la empresa.

=====

Nombre del Participante: _____
 Ocupación que desempeña: _____
 Nombre de la Empresa: _____
 Dirección de la Empresa: _____
 _____ Teléfono: _____
 Nombre del Representante Legal: _____
 Nombre de la Persona Encargada de la Supervisión: _____

FACTORES A EVALUAR	EVALUAR	OBSERVACIONES
Asistencia		
Puntualidad		
Responsabilidad		
Selección y manipulación de equipos, herramientas y materiales		
Cumplimiento de las normas de disciplina		
Cumplimiento de las normas de seguridad		
Higiene en el área de trabajo		
Apariencia personal		
Relaciones Interpersonales		
Respeto a la autoridad		
Seguimiento de las instrucciones		
Organización y método de trabajo		
Aprovechamiento del tiempo		
Tolerancia a la jornada de trabajo		
Tolerancia a la presión de trabajo		
Aprovechamiento de los recursos		
Cuidado de los instrumentos		
Calidad del trabajo		
Velocidad		
Cooperación		

Excelente (5), Bueno (4), Regular (3), Deficiente (2), Malo (1)

Observaciones:

Recomendaciones:

Firma: _____
 Supervisor o Encargado Inmediato

Fecha: _____

Vo.Bo. - _____
 Encargado RRHH _____

Fecha: _____