



PERU

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

OFICINA DE PERSONAL

PAPELETA DE AUTORIZACION PARA LABORAR H/EXTRAS N°

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

CONDICION: _____ CARGO: _____ NIVEL _____

ÁREA/SERVICIO: _____ H.DE INGRESO _____ H.DE SALIDA _____

FECHA: ____/____/_____/FUNCION A REALIZAR _____

Comas,de.....del 2024

INTERESADO

JEFE INMEDIATO

C.E.G.E

A.C.A.P



PERU

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

OFICINA DE PERSONAL

PAPELETA DE AUTORIZACION PARA LABORAR H/EXTRAS N°

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

CONDICION: _____ CARGO: _____ NIVEL _____

ÁREA/SERVICIO: _____ H.DE INGRESO _____ H. DE SALIDA _____

FECHA: ____/____/_____/FUNCION A RELIZAR _____

Comas,de.....del 2024

INTERESADO

JEFE INMEDIATO

C.E.G.E

A.C.A.P