

OCEANO

MARINE MARKET

FORMATO DE MOVIMIENTO DE PERSONAL

Código : OMM-RH-FI-34

Versión: 01

Fecha de Aprobación: 08.02.2022

V.1.0

Nombre de la Empresa:

OCEANO MARINE MARKET S.A.C

Cargo:

SUPERVISOR DE DESCARGA

Nombre del Empleado:

QUEZADA URICO KEVIN ANDREW

No DNI/Código trabajador:

72869863

Fecha de Ingreso:

22/04/2021

Fecha de solicitud:

22/01/2022

Vacaciones

Por el presente documento, solicito el goce fijo de las vacaciones que me corresponden, por tal motivo declaro expresamente que haré uso de mi descanso vacacional dentro de las fechas indicadas sin más constancia que mi firma para acreditar mi efectivo descanso fijo.

Periodo Vacacional a gozar:

Desde -

Hasta -

Total de días a gozar

-

Licencia por Paternidad

Por el presente documento, solicito la licencia de paternidad de 10 días de la Ley 29409 en su artículo 2, que "otorgada por el empleador al padre por diez (10) días calendario consecutivos en los casos de parto natural o cesárea".

"El plazo de la licencia se computa a partir de la fecha que el trabajador indique entre las siguientes alternativas:

a) Desde la fecha de nacimiento del hijo o hija.

b) Desde la fecha en que la madre o el hijo o hija son dados de alta por el centro médico respectivo.

c) A partir del tercer día anterior a la fecha probable de parto, acreditada mediante el certificado médico correspondiente, suscrito por profesional debidamente colegiado.

Periodo:

Desde -

Hasta -

Total de días a gozar

-

Programación Hora de Lactancia:

La hora de lactancia será hasta cumplido 01 año del niño por una hora pudiéndose tomar esta hora en el ingreso o salida o extender su refrigerio 1 hora mas. En caso de ser nacimiento múltiples será de 02 horas diarias en el mismo esquema.

Fecha de Inicio (fecha de nacimiento del niño o niños):

-

Indicar el horario de lactancia:

-

Cambio de área / Cargo / Sede:

Área Actual:

Nueva Área:

Fecha de Cambio:

-

Cargo Actual SUPERVISOR DE DESCARGA

Nuevo Cargo: SUPERVISOR DE OC CENTRO

Fecha de Cambio:

22/01/2022

Sede Actual:

Nueva Sede:

Fecha de Cambio:

-

Permisos:

Salud (copia de atención médica y autorización del Jefe)

-

Hora: -

Personal (autorización del jefe)

-

Hora: -

Licencia por fallecimiento de familiar (directo)

La empresa brinda días con goce de haber, para los respectivos trámites. Si fuera en otro lugar geográfico se otorgara 02 días adicionales.

Desde -

Hasta -

Total de días:

-

Firma de Conformidad del Empleado

Firma de Autorización del Gerente del Área o Jefe de Área

Vv. Bv. Recursos Humanos

Consideraciones:

* Este formato debiera contener toda la información completa y con las firmas que autorizan el formato.