

**FORMATO DE MOVIMIENTO DE PERSONAL**

V.1.0

Nombre de la Empresa:	<input type="text" value="OCEANO SEAFOOD S.A."/>	Cargo:	<input type="text" value="Coordinador de sistemas Frente FICO"/>
Nombre del Empleado:	<input type="text" value="ANDY VILLAFANA GONZALEZ"/>	No DNI/Código trabajador:	<input type="text" value="44371313"/>
Fecha de Ingreso:	<input type="text" value="01/03/2016"/>	Fecha de solicitud:	<input type="text" value="08/11/2021"/>

**Vacaciones**

Por el presente documento, solicito el goce físico 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 físico.

Período 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.

Período: 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: <input type="text"/>
Cargo Actual: _____	Nuevo Cargo : _____	Fecha de Cambio: <input type="text"/>
Sede Actual: _____	Nueva Sede : _____	Fecha de Cambio: <input type="text"/>

**Permisos:**

Salud (copia de atención medica y autorización del Jefe)	<input type="text"/>	Hora: <input type="text"/>
Personal (autorización del jefe)	<input type="text"/>	Hora: <input type="text"/>

**Licencia por fallecimiento de familiar (directo)**

La empresa brinda 03 días con goce de haber, para los respectivos tramites. 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

Vo. Bo. Recursos Humanos

**Consideraciones:**

\* Este formato debera contener toda la informacion completa y con las firmas que autoricen el formato.