

	TRASLADOS DE UBICACIÓN DE PERSONAL	CÓDIGO: TH-FO-08 VERSIÓN: 02 APROBACIÓN: 17/11/2020
---	---	---

I. DATOS DEL COLABORADOR

Nombre Completo:	_____	Fecha:	_____
Puesto:	_____	CIF:	_____
Ubicación Actual:	_____	Ubicación de Destino:	_____
Jefe Inmediato:	_____		
Jefe Destino:	_____		
Fecha que toma vigencia:	_____		

II. CRITERIOS DE TEMPORALIDAD DEL TRASLADO

Traslado de ubicación temporal	<input type="checkbox"/>	Especifique: _____
Traslado de ubicación definitiva	<input type="checkbox"/>	Especifique: _____

III. RAZONES

Traslado solicitado por jefe inmediato actual	<input type="checkbox"/>
Traslado solicitado por el colaborador	<input type="checkbox"/>
Período de prueba	<input type="checkbox"/>
Cubrir días/período de vacaciones	<input type="checkbox"/>
Cubrir plaza vacante	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>
Especifique:	_____

IV. OBSERVACIONES

--

V. AUTORIZACIÓN

_____ Jefe Inmediato	_____ Gerente de Área
_____ Vo. Bo Talento Humano	_____ Gerente General