

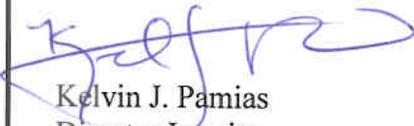


Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico

4 de abril de 2012

DIRECTORES, GERENTES Y SUPERVISORES

  
Kelvin J. Pamias  
Director Interino  
Oficina de Recursos Humanos

### **CAMBIOS EN LA JORNADA DE TRABAJO DEL PERSONAL**

Todo cambio en la jornada de trabajo (días u horario de trabajo) de los empleados, tanto gerenciales como unionados, debe ser notificado a la Oficina de Recursos Humanos. Por tal razón, hemos establecido un nuevo formulario, el cual anejamos a la presente comunicación, para informar de los cambios en la jornada de trabajo (este formulario también estará disponible en la sección de Recursos Humanos de la página de Intranet bajo del menú de Formularios).

La jornada de trabajo del personal no deberá ser menor de 7.5 horas diarias durante cinco (5) días de trabajo, observando un período para la toma de alimentos no menor de 30 minutos. No obstante, como norma regular el período para la toma de alimentos debe ser de una (1) hora)

Por último, les recordamos que los Servicios no están autorizados a realizar modificaciones en la jornada de trabajo del empleado por motivo de condiciones de salud. Cualquier cambio en la jornada de trabajo por motivo de condiciones de salud constituye un acomodo razonable el cual debe ser evaluado por nuestra Oficina.

Administración de Servicios Médicos  
Oficina de Recursos Humanos  
**FORMULARIO DE NOTIFICACION DE JORNADA DE TRABAJO**

Favor de utilizar el siguiente formulario para notificar de cualquier cambio en la jornada de trabajo del empleado. El mismo deberá ser referido a la Oficina de Recursos Humanos, División de Asistencia. La jornada de trabajo establecida no deberá ser menor de 7.5 horas diarias durante cinco (5) días de trabajo, observando un período para la toma de alimentos no menor de 30 minutos (como norma regular el período para la toma de alimentos debe ser de una (1) hora).

---

**Datos del empleado:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Núm. de Emp.: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

**Supervisor(a) Inmediato(a) del empleado:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Interino:  Si  No

Puesto: \_\_\_\_\_

**Jornada de trabajo:**

Horario de trabajo:  Rotativo  Otro: \_\_\_\_\_

Días de trabajo:  Regular (lunes a viernes)  Rotativo  Otro: \_\_\_\_\_

Período de alimentos:  1 hora  ½ hora

Localización del reloj ponchador a utilizar: \_\_\_\_\_

Firma del empleado:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Firma del Director o Gerente del Servicio:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

-----  
Registrado en Sistema Kronos:

\_\_\_\_\_  
Representante Oficina Recursos Humanos

\_\_\_\_\_  
Fecha