



Nro. de autorización administrativa para utilizar  
CONTRAT@:

**MODIFICACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO DE.....INDEFINIDO A TIEMPO PARCIAL  
COMUNICADO AL SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO CON EL NÚMERO E0420230192269**

**DATOS DE LA EMPRESA**

CIF./NIF/NIE: <b>B04248159</b>				
D./D.N.A. <b>MANUEL MATEO MARTIN</b>	DNI /NIE <b>75233337S</b>	EN CONCEPTO <b>ADMINISTRADOR</b>		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL EMPRESA <b>LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA</b>	DOMICILIO SOCIAL <b>CL ESTAÑO 109</b>			
PAÍS España	<b>724</b>	MUNICIPIO <b>ALMERIA</b>	<b>04013</b>	CÓD.POSTAL <b>04009</b>

**DATOS DE LA CUENTA DE COTIZACIÓN**

RÉGIMEN	PROV	NUMERO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	
<b>0111</b>	<b>04</b>	<b>1018719</b>	<b>38</b>	<b>Limpieza general de edificios 8121</b>

**DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO**

PAÍS España	<b>724</b>	MUNICIPIO <b>ALMERIA</b>	<b>04013</b>
----------------	------------	-----------------------------	--------------

**DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A**

D./D.N.A. <b>LOPEZ EXPOSITO, ROSA MARIA</b>	NIF /NIE <b>34866020K</b>	FECHA NACIMIENTO <b>13/01/1975</b>
N SEG. SOCIAL <b>041002692164</b>	NIVEL FORMATIVO <b>ENSEÑANZAS DE BACHILLERATO</b>	NACIONALIDAD <b>ESPAÑA 724</b>
MUNICIPIO DE DOMICILIO <b>ALMERIA</b>	<b>04013</b>	PAÍS DE DOMICILIO <b>España 724</b>

**DECLARAN**

Que reúnen los requisitos exigidos para realizar la siguiente modificación del contrato de trabajo que con fecha **11/10/2023** fue comunicado al Servicio Público de Empleo identificado con el número **E0420230192269**, con arreglo a las siguientes

**CLÁUSULAS**

CON FECHA 02/10/23 LA TRABAJADORA SE DA DE ALTA A JORNADA PARCIAL PERO, FINALMENTE, REALIZA SUS FUNCIONES A JORNADA COMPLETA

PROTECCIÓN DE DATOS.- De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, el trabajador queda informado y acepta la incorporación de sus datos, personales, laborales, informe médico, procesos de Incapacidad Temporal, etc. en los ficheros en la Asesoría Laboral de EQUIPO DE GESTIÓN EMPRESARIAL S.L., teniendo constancia que se conservarán en la misma con carácter confidencial, sin perjuicio de las remisiones de obligado cumplimiento a Organismos Oficiales, Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional, Empresas Aseguradoras u otras que en razón al marco contractual objeto del presente sea preceptivo. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

En **ALMERIA** ..... a ..... **02** ..... de ..... **Octubre** ..... de **20 23**.

El/La trabajador/a

El/La representante de la empresa

C/ Estano, 109 - Pol. Industrial Sector 20  
Tel: 950 225 906  
administracion@limpiezasindalicas.com