

FORMATO ÚNICO DE SOLICITUD DE TRASLADOS 2019 PARA VIGENCIA 2020

(Según Resolución 1327 de 18 de Octubre de 2019)

AREA DE RECURSOS HUMANOS

Radicación No.

FECHA

DIA

MES

AÑO

Motivo de la solicitud de traslado

Marque X (Según caso)

1. INFORMACIÓN BÁSICA : RECTOR ()

COORDINADOR ()

DOCENTE ()

DOCUMENTO DE IDENTIDAD :			
NOMBRES:			
APELLIDOS:			
DIRECCIÓN:			
TELEFONO FIJO:			
TELEFONO CELULAR:			
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:			TIEMPO TOTAL
FECHA DE INGRESO AL MUNICIPIO	DIA	MES	AÑO

2. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

2.1 ESTADO DE VINCULACIÓN : PROPIEDAD

FECHA POSESION:

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DONDE TRABAJA ACTUALMENTE:			
SEDE:			
VEREDA:			
MUNICIPIO:			TIEMPO TOTAL
FECHA INGRESO A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ACTUAL:	DIA	MES	AÑO
AREA O NIVEL DE DESEMPEÑO SEGÚN NOMBRAMIENTO:	GRADO DE ESCALAFON ()		

3. OPCION DE TRASLADO (Diligencie la Institución a la que desea trasladarse)

No.	MUNICIPIO	NOMBRE INSTITUCION EDUCATIVA	AREA (Según Nombramiento)
1			

4. CRITERIOS DE VALORACIÓN (Decreto 1075 DE 2015)

No.	DESCRIPCIÓN	CRITERIO	PUNTAJE	CALIFICAC.
1	Obtención de reconocimientos, premios o estímulos por la gestión pedagógica. (Verificada la certificación de los premios y/o reconocimientos)	Acreditados por Instituciones reconocidas, así: Nacional Departamental Municipal	15 10 5	
2	Mayor tiempo de permanencia en el establecimiento educativo en el cual se encuentra prestando servicio el docente verificada por la Secretaría de Educación Municipal de acuerdo a los documentos que reposan en la Historia Laboral para el docente del Municipio de Duitama, y con certificaciones debidamente soportadas para docentes de otra Entidad Territorial.	Entre 3 y 5 años Entre 6 y 10 años Entre 11 y 15 años Entre 16 y 20 años Más de 20 años	2 5 10 15 25	
3	Necesidad de reubicación laboral al Municipio de Duitama	Justificación de requerimiento de traslado con documento soporte, donde se acredite las razones de salud de su cónyuge o compañero (a) permanente, o hijos dependientes	10	
TOTAL PUNTAJE:				

OBSERVACIONES:

NOTA: POR FAVOR ANEXE LOS DOCUMENTOS SOPORTES DE ESTA SOLICITUD, QUE NO EXCEDA DE DOCE (12) FOLIOS

FIRMA DEL SOLICITANTE	FIRMA DEL EVALUADOR
NOMBRE:	NOMBRE:
CEDULA:	CEDULA: