

**ALCALDIA DE FUSAGASUGA**

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

Número: _____

FORMATO ÚNICO DE SOLICITUD DE TRASLADOS 2018**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE FUSAGASUGÁ**

Marque con una x según el caso:

Radicación No.			
Fecha:	Día	Mes	Año
MOTIVO DE LA SOLICITUD DE TRASLADO			

1. INFORMACIÓN BÁSICA: RECTOR () COORDINADOR () DOCENTE ()

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	
NOMBRES:	
APELLIDOS:	
DIRECCIÓN:	
TELÉFONO FIJO:	
TELÉFONO CELULAR:	
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	
CORREO ELECTRONICO:	

2. INFORMACIÓN LABORAL: PROPIEDAD () PROVISIONAL () PERIODO DE PRUEBA ()

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DONDE TRABAJA ACTUALMENTE:				
SEDE:				
MUNICIPIO DONDE LABORA:				
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN A LA QUE PERTENECE				
FECHA INGRESO A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ACTUAL	DIA	MES	AÑO	TIEMPO TOTAL
AREA DE DESEMPEÑO SEGÚN NOMBRAMIENTO:				

3. OPCIONES DE TRASLADO

No.	MUNICIPIO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA/ SEDE	AREA (Según Nombramiento)
OPCIÓN 1			
OPCIÓN 2			

4. CRITERIOS DE VALORACIÓN (Resolución 0808 del 17 de octubre de 2018)

No.	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTO Y No. DE FOLIOS QUE ANEXA
1	Ostentar la calidad de docente amenazado con riesgo extraordinario o extremo, por razones de salud del docente o directivo docente, acreditar dictamen del comité de medicina laboral actualizado de la entidad prestadora del servicio de salud o tener una orden judicial de reubicación.	
2	Haber tenido reconocimientos, permisos o estímulos por la gestión pedagógica, otorgados por Colciencias, Ministerio de Educación y por organizaciones con reconocimiento nacional e internacional.	
3	Mayor tiempo de permanencia como docente y/o directivo docente en propiedad e inscrito en el escalafón, al servicio del Municipio de Fusagasugá.	
4	Necesidad de reubicación laboral del docente o directivo docente, por razones de salud de su cónyuge o compañero (a) permanente, o hijos dependientes, debidamente soportado.	
5	Mayor tiempo de permanencia en el establecimiento educativo, en el cual se encuentra prestando el servicio docente o directivo docente, respecto de otros aspirantes a la misma.	
6	Postulación a vacantes del mismo perfil y nivel académico	

OBSERVACIONES:

--

NOTA: POR FAVOR ANEXE LOS DOCUMENTOS SOPORTES QUE CONSIDERE NECESARIOS PARA ESTA SOLICITUD.

FIRMA DEL SOLICITANTE**FIRMA DEL EVALUADOR:**
 Nombre: _____
 Cédula: _____

 Nombre: _____
 Cédula: _____