

FORMATO ÚNICO DE SOLICITUD DE TRASLADO

Marque con una x según el caso: RECTOR ()

COORDINADOR ()

DOCENTE ()

INFORMACION PERSONAL				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				
NOMBRE				
APELLIDOS				
DIRECCION				
TELEFONO FIJO			CELULAR	
LUGAR DE RESIDENCIA				
FECHA DE NOMBRAMIENTO EN PROPIEDAD	DD:	MM:	AA:	TIEMPO TOTAL:
INFORMACION LABORAL				
NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA DONDE LABORA ACTUALMENTE				
SEDE				
DIRECCION				
CIUDAD				
FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCION ACTUAL		DD:	MM:	AA:
AREA O NIVEL DE DESEMPEÑO SEGÚN NOMBRAMIENTO				
OPCIONES DE TRASLADO				
Nº	INSTITUCION EDUCATIVA	AREA (nombramiento)		
OPCION 1				
OPCION 2				
CRITERIOS DE VALORACIÓN				
INDICAR CON UNA X EL CRITERIO ESCOGIDO PARA SU SOLICITUD				

Nº	DESCRIPCIÓN DEL CRITERIO	MARCAR (X)	PUNTAJE
1	Docente que queda sin asignación académica para el año 2018.		
2	Mayor tiempo de permanencia del aspirante en el Establecimiento Educativo en la cual se encuentre prestando el servicio al momento de la inscripción	Entre 2 y 5 años	
		Entre 6 y 10 años	
		Entre 11 y 15 años	
		Entre 16 y 20 años	
		Más de 20 años	
3	Ubicación geográfica	Dirección del domicilio registrada por el Docente y de la Institución Educativa donde presta sus servicios, versus las opciones de traslados presentadas	
4	Necesidad de reubicación laboral del Docente o Directivo Docente a otro Municipio por razones de salud de su cónyuge o compañera (o) permanente, hijos o padres dependientes.		
5	Obtención de reconocimiento estímulos, premios otorgados por la gestión pedagógica.		
6	Madre o padre cabeza de familia.		
7	Solicitud personal.		
8	Solicitud de permutas entre docentes del Departamento del Atlántico.		
9	Traslado entre entidades territoriales (convenios interadministrativos)		

TOTAL PUNTAJE.....	
OBSERVACIONES:	
NOTA: NO OLVIDE ANEXAR LOS DOCUMENTOS SOPORTE DE ESTA SOLICITUD	

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL EVALUADOR

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

Nº C.C

Nº C.C