|  |  |
| --- | --- |
| OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO | Radicación No  |
| FECHA | DIA | MES | AÑO |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMACION PERSONAL**
 |
|  |  |
| Nombres |  |
| Apellidos |  |
| Documento de Identidad No |  |
| Dirección |  |
| Teléfono Fijo/ Celular |  |
| Correo Electrónico |  |
| Institución Educativa Actual |  |
| Sede |  |
|  |  |
| 1. **INFORMACION LABORAL**
 |
| Fecha de Ingreso a la Institución actual | DD | MES | AÑO |
| Tiempo laborado en la Ultima I.E |  |
| Área o Nivel de Desempeño de Acuerdo al Decreto de Nombramiento |  |
|  |  |
| 1. **VACANTE A LA QUE ASPIRA**
 |
| No. | AREA O NIVEL | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA  |
| OPCIÓN 1 |   |   |
|  |  |  |
| 1. **RECONOCIMIENTOS**
 |
| 4.1 Del Orden Nacional |  |
| Descripción del Reconocimiento |  |
| Fecha en la que fue Otorgada |  |
| 4.2 Del Orden Departamental |  |
| Descripción del Reconocimiento |  |
| Fecha en la que fue Otorgada |  |
| 4.2 Del Orden Municipal |  |
| Descripción del Reconocimiento |  |
| Fecha en la que fue Otorgada |  |
|  |  |
| 1. **Situaciones de Salud**
 |
| 5.1 Descripción de la Situación de salud del cónyuge o compañero(a) permanente |
|  |
| **5.2 Descripción de la situación de salud de hijos dependientes del (la) docente según la Ley.** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Otro Motivo o Causal de Solicitud de Traslado
 |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA