



Solicitud de Suspensión del Pago del Escalafón Docente

Ejercicio 2014

Formulario:

SUB06

Señora:

Mg. Carmen Rosa González de Ríos, Directora General
Dirección General de Gestión del Talento Humano

El/la que suscribe, se dirige a Ud. a objeto de solicitar la suspensión del pago del escalafón docente que actualmente percibe.

1 - Identificación del Solicitante

Cédula de Id. Civil N°	Nombre(s)	Apellido(s)

2 - Dirección del Solicitante

Domicilio (Calle y N°)		B° / Cñia / Lugar	
Municipio (Ciudad)		Departamento	
Correo Electrónico	Teléfono		
	Fijo	Móvil	

3 - Dependencia donde presta servicios, Cargo/Función y Antigüedad

Dependencia (Dirección / Departamento / Sección / Unidad / ...)	Función / Cargo que desempeña	Antigüedad (años y meses)
		aa mm

4 - Motivo por el cual solicita la suspensión

--

5 - Declaración, fecha y firma del solicitante

Declaro que los datos consignados en el presente documento se ajustan a la verdad.

Fecha: ____/____/____.

Firma del solicitante

Para llenado exclusivo de la Dirección General de Administración y Finanzas	Para llenado exclusivo de la Dirección General de Gestión del Talento Humano
Confirmación de disponibilidad presupuestaria.	Confirmación de la suspensión del pago del escalafón docente Resolución N°: _____ de fecha: ____/____/____.
Fecha: ____/____/____. _____ Firma	Fecha: ____/____/____. _____ Firma
Aclaración - Funcionario Responsable:	Aclaración - Funcionario Responsable:

Observación: Este formulario se remitirá a la Dirección de Matriculación, Certificación Documental y Escalafón para su procesamiento.

Para llenado exclusivo de la Mesa Receptora de la Solicitud	
Expediente N°	_____
Fecha: ____/____/____	Hora: ____:____
Recibido por:	_____
Sello:	