

*La parte o interesado que no indicare alguno de los lugares o medios enumerados, quedará notificado con solo que transcurran veinticuatro horas después de dictada la resolución o acto correspondiente. Igual consecuencia se producirá si el medio escogido imposibilitare la notificación por causas ajenas al órgano competente.

INFORMACIÓN GENERAL DEL/DE LA SOLICITANTE

| | | | |
|----------------------------------|---|------------------|------------------------------------|
| Nombre | Primer apellido | Segundo apellido | N.º de cédula |
| Tel. de la oficina o del celular | Medio en el cual desea que se le notifique la resolución (art. 25 y 26 del régimen de impugnaciones)* | | Correo electrónico o número de fax |

CONDICIÓN LABORAL (En caso de ser propietario/a pero interino/a en otro nombramiento o de tener ambas condiciones, deberá llenar los dos espacios)

Tipo de nombramiento: UNA FUNDAUNA

Propietario/a

Interino/a

| | | |
|---------------------------|-----------|--|
| Nombre del cargo | | |
| Centro de trabajo | | |
| Clave de clase | Categoría | Cód. Unidad Ejecutora |
| desde | a | <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 10 |
| Vigencia del nombramiento | | Jornada laboral |

| | | |
|---------------------------|-----------|--|
| Nombre del cargo | | |
| Centro de trabajo | | |
| Clave de clase | Categoría | Cód. Unidad Ejecutora |
| del | al | <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 10 |
| Vigencia del nombramiento | | Jornada laboral |

Títulos o certificados de capacitación recibida para su reconocimiento (Presentar original y 2 fotocopias)

| | Nombre de la capacitación | Institución que la imparte | Modalidad | | Horas | Año |
|----|---------------------------|----------------------------|-----------|-------|-------|-----|
| | | | Aprov. | Part. | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

ESPACIO EXCLUSIVO DEL PROGRAMA DE RECURSOS HUMANOS

- Verificación de documentación presentada
- Verificado que títulos presentados tengan sello y firma
- Verificado que títulos indican institución que los imparte
- Verificada fecha de vigencia
- Verificado que títulos incluyen la modalidad por reconocer
- Verificado n.º de horas o constancia que se adjunte
- Cotejados original y copia presentados
- Formulario suscrito y firmado por el/la solicitante

Certificados de asistencia o que no indiquen modalidad deberán entenderse como participación. En caso de tener más de 10 certificados por presentar, deberá llenar otro formulario adicional.

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son veraces y pueden ser verificados en cualquier momento.

| | |
|------------------------------|-------|
| Firma del/de la trabajador/a | Fecha |
|------------------------------|-------|

El llenar este formulario por parte del/de la solicitante se entenderá, a su vez, como una solicitud de ingreso al régimen de Carrera Administrativa.

Comprobante de recibido: