

	ALCALDÍA DE FUSAGASUGÁ SECRETARÍA DE EDUCACIÓN FUSAGASUGÁ	Código:
	FORMATO ÚNICO DE SOLICITUD DE TRASLADOS 2025	Versión: Página: 1 de 1
Elaboró: Profesional universitario	Revisó:	Número:

RADICACIÓN			
Radicación No.			
Fecha	Día	Me s	Añ o
MOTIVO DE LA SOLICITUD DE TRASLADO			

Marque con una X según el
Caso

1. INFORMACIÓN BÁSICA: RECTOR () COORDINADOR () DOCENTE ()	
Número de identificación:	
Nombres Completos	
Apellidos Completos	
Dirección	
Teléfono Fijo	
Teléfono Celular	
Municipio de Residencia	
Correo Electrónico	

2. INFORMACIÓN LABORAL: PROPIEDAD ()				
Nombre de la Institución donde trabaja actualmente				
Sede				
Municipio donde labora				
Secretaría de Educación a la que pertenece				
Fecha de Ingreso a la Institución Educativa Actual	DIA	MES	AÑO	TIEMPO TOTAL
Área de desempeño según nombramiento				

3. OPCIÓN DE TRASLADO		
Municipio	Nombre de la Institución Educativa / Sede	Área (Según Nombramiento)

4. CRITERIOS DE VALORACIÓN			
No	Descripción	Documento y número de folios que anexa	
		ANEXO SI-NO	FOLIOS
1	Tiempo de prestación de servicio como docente o directivo docente oficial		
2	Necesidad de reubicación laboral del docente o directivo docente a otro municipio por condiciones de salud de su cónyuge o familiares en primer grado de consanguinidad (padres e hijos)		
3	Mayor tiempo de permanencia en el establecimiento educativo en el cual se encuentra prestando el servicio docente o directivo docente el aspirante.		
4	Docentes y Directivos Docentes vinculados a la planta de Personal de las Instituciones Educativas de la Secretaría de Educación de Fusagasugá		
5	Reconocimientos, premios o estímulos obtenidos por la gestión pedagógica o directiva docente		
6	Estudios de Posgrado		
7	Vínculo del aspirante con el Municipio de Fusagasugá		

Observaciones:
Nota: Por favor, anexe los documentos exigidos en la Resolución 811 del 15/10/2025

FIRMA DEL SOLICITANTE	
Nombre:	
Cédula:	