

 GOBERNACION DE BOLIVAR	SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE BOLIVAR	Código: H01-03-F-07
	PROCESO ORDINARIO DE TRASLADO - POT FORMULARIO ÚNICO DE SOLICITUD DE TRASLADO	Fecha: 15 de octubre de 2021
		Versión: 3.0

Periodo POT	Radicado SIGOB N°:	
2025-2026		

Este espacio es para uso exclusivo de la entidad

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL SOLICITANTE *(Diligenciar todos los campos en letra legible)*

Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	No. De Cédula

Dirección de Correspondencia	
Municipio	
Correo Electrónico	
Teléfono	
Celular	

Indique con una X en la opción correspondiente, si acepta o no, ser comunicado o notificado por correo electrónico de las decisiones tomadas en este proceso.	SI ☐	NO ☐
---	--------------------------------	--------------------------------

a. OPCIONES DE TRASLADO *(Indicar la plaza a las que desea participar en el Proceso Ordinario de Traslado)*

MUNICIPIO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO - SEDE

2. INFORMACIÓN LABORAL

Indique con una X el cargo en el que fue NOMBRADO	Docente ☐	Coordinador ☐	Rector ☐
En caso de ser docente especifique el nivel o área para el que fue NOMBRADO. <i>El nivel y área registrada en el nombramiento y acta de posesión.</i>	NIVEL ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria	AREA -----	
	Cuál es su área actual de desempeño		

Fecha de ingreso al servicio educativo	día		mes		año	
--	-----	--	-----	--	-----	--

Ente Territorial	☐ Bolívar	☐ ¿Otro Ente Cual? _____				
Establecimiento Educativo actual						
Sede actual						
Municipio actual						
Fecha de ingreso al Establecimiento Educativo actual	día		mes		año	

3. CRITERIOS DE SELECCIÓN *(En caso de que su opción sea seleccionada por dos o más docentes, indique con una X, cuál de los siguientes criterios serán tenidos en cuenta para desempatar, se deben anexar los documentos soportes).*

No.	CRITERIOS DE DESEMPATE
1	☐ Docente con recomendaciones médicas de salud de traslado, que cuenta con el CERTIFICADO DE LA JUNTA MEDICO CIENTIFICA o COMITÉ MEDICO LABORAL, expedido por la Clínica General del Norte durante la vigencia 2024-2025.
2	☐ Obtención de reconocimientos, premios o estímulos por la gestión pedagógica 2024-2025
3	☐ Por tiempo de servicio de permanencia en el establecimiento educativo en el cual se encuentra prestando el servicio docente o directivo docente.
4	☐ Docente o directivo docente con familiar (hijo dependiente o cónyuge) con enfermedad o discapacidad

4. DOCUMENTOS DE SOPORTE *(El interesado deberá relacionar cada uno de los documentos que anexa como soporte de conformidad con lo establecido en la Resolución Departamental No 3072 del 16 de octubre de 2025).*

1	
2	
3	
4	
5	
6	

Firma del Solicitante C.C.	Nombre y firma del Evaluador
-------------------------------	------------------------------