|  |
| --- |
| FECHA DE SOLICITUD: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. |
| NOMBRE(S): Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| CÉDULA DE CIUDADANÍA: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| PENSIONADO POR: (Marque con una “X”)  Departamento:  FODE:  Hospitales:  Activo: |
| DESCRIPCIÓN DEL CERTIFICADO SOLICITADO:  Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| FIRMA DE QUIEN TRAMITA EL CERTIFICADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  TELÉFONO FIJO: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. CELULAR: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| RADICACIÓN: (Competencia de la Entidad) SADE N°.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del funcionario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha: día \_\_\_\_ mes \_\_\_\_ año \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_ |
| NOTA:   1. ENTREGAR LAS ESTAMPILLAS EL MISMO DÍA QUE RADICA EL FORMATO SOLICITUD CERTIFICACIÓN. 2. RECLAMAR PESONALMENTE, POR PODER O AUTORIZACIÓN ESCRITA LOS CERTIFICADOS EN EL ÁREA DE NÓMINA SEMISÓTANO DESPUÉS DE 10 DÍAS HÁBILES DE RADICADA LA SOLICITUD. 3. PODRÁ REALIZAR EL SEGUIMIENTO A SU SOLICITUD, COMUNICÁNDOSE AL PBX 6200000, EXTENSIONES 2105 Y 2104. |
| HORARIO DE ENTREGA  LUNES A JUEVES EN EL HORARIO DE 7:30 A.M. – 11:30 A.M. Y 1:30 P.M. – 4:00 P.M. Y LOS VIERNES 7:30 A.M. – 11:30 A.M. Y 1:30 P.M. – 3:30 P.M |

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO

SOLICITUD EXPEDICIÓN CERTIFICADOS (ACTIVOS/PENSIONADOS)

* Fecha: escribir el día. mes y el año con números, desde la fecha inicial hasta la fecha final en que laboró. Ejemplo: Desde: 04-10-1978 hasta: 12/11/2006.
* Nombre(s): escribir con letra clara y legible, el(los) nombre(s) completo(s); de la persona activa, jubilada, retirada o fallecida.
* Cédula de Ciudadanía: escribir claramente el número de la cédula de ciudadanía de la persona activa, jubilada, retirada o fallecida.
* Pensionado por: marcar con una (X) si el peticionario del certificado es pensionado por: Departamento, FODE, Hospitales o es Activo.
* Descripción del certificado solicitado: escribir con letra clara y legible, el tipo de certificado que está solicitando.
* Firma de quien tramita el certificado: Firma de quien tramita el certificado de pensión o no pensión.
* Teléfono Fijo: escribir todos los números del(os) teléfonos del contacto.
* Celular: escribir todos los números del(os) celulares del contacto.