



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE SOACHA
SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO SALARIAL DOCENTES EN PROPIEDAD
DECRETO 1278/2002

1. INFORMACION DEL DOCENTE

APELLIDOS: _____

NOMBRES: _____

CEDULA No _____

DIRECCION: _____ BARRIO: _____

MUNICIPIO: _____ CELULAR: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

2. INFORMACION DEL SITIO DE TRABAJO:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO: _____

3. INFORMACION ACADEMICA QUE ACREDITA

	TITULO	UNIVERSIDAD O ENTIDAD
LICENCIADO / PROFESIONAL NO LICENCIADO		
POSGRADO		

ESPECIFICACIONES

GRADO DEL ESCALAFÓN ACTUAL: _____ GRADO DEL ESCALAFÓN SOLICITADO: _____

FIRMA DEL DOCENTE: _____

Indique si desea ser notificado por correo electrónico Si__ No__

Requisitos reconocimiento salarial 1278

- Formato diligenciado
- Acta de grado y diploma del título de posgrado.
- Copia de la última resolución de Escalafón Decreto 1278
- Si el título es extranjero debe adjuntar la resolución de convalidación del MEN
- Diligenciar formato de autorización de verificación académica





Soacha Cundinamarca DD / MM / AAAA

Señores:

SECRETARIA DE EDUCACION DE SOACHA

Ciudad

Asunto: AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACION DE INFORMACIÓN ACADÉMICA

Respetados señores:

Yo, _____ identificado(a) con cédula No. _____ de _____, mediante el presente documento, de manera libre y espontánea, autorizo a la SECRETARIA DE EDUCACION DE SOACHA, para que dentro del proceso de admisión y/o actualización de datos de información académica, se valide la veracidad sobre los títulos de pregrado, postgrado o en caso de requerirse el de bachiller por mí presentados.

Título _____
Institución Educativa _____
Fecha de grado _____
No. Acta de grado _____ No. de folio _____ No. de libro _____
Titulo extranjero No de Resolución de Convalidación _____

Título _____
Institución Educativa _____
Fecha de grado _____
No. Acta de grado _____ No. de folio _____ No. de libro _____
Titulo extranjero No de Resolución de Convalidación _____

Firma _____
CC _____
Nombre _____
Número Teléfono de contacto _____
E-mail _____

