



Formato ML
CONSTANCIA DE MOVIMIENTOS LATERALES
AUTORIZADOS EN TÉRMINOS DEL OFICIO SP/100/0072/2006



Este documento debidamente llenado y firmado (uno para cada movimiento), deberá ser remitido con firmas en original a la Dirección General de Ingreso, Capacitación y Certificación en un plazo máximo de diez días naturales contados a partir de la fecha en que aplique el movimiento.

Dependencia /Órgano Desconcentrado:

MARQUE CON UNA "X" SEGÚN CORRESPONDA

¿EL PUESTO DE ORIGEN QUEDA VACANTE?

SI:

NO: X

^{1/} (MOVIMIENTOS SIMULTÁNEOS)

EN CASO AFIRMATIVO DEBERÁ ANEXARSE AL FORMATO, UNA COPIA DEL ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO DE SELECCIÓN DEL "PUESTO DESTINO" QUE APRUEBA EL MOVIMIENTO LATERAL.

PUESTO ORIGEN		PUESTO DESTINO
Nombre del Puesto:		
Código del puesto:		
Nivel jerárquico (Grupo, Grado y Nivel):		
NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO SUJETO AL MOVIMIENTO LATERAL		FIRMA DE CONFORMIDAD (MANIFIESTA QUE LE HAN SIDO INFORMADAS LAS CAPACIDADES QUE DEBEN CERTIFICARSE PARA EFECTOS DE PERMANENCIA EN EL PUESTO DESTINO)
^{1/} NOMBRE DEL OFICIAL MAYOR DE LA DEPENDENCIA O EQUIVALENTE EN EL ÓRGANO DESCONCENTRADO QUE AUTORIZA EL MOVIMIENTO LATERAL		FIRMA DE AUTORIZACIÓN
^{1/} NOMBRE DEL SUPERIOR JERÁRQUICO DEL PUESTO ORIGEN		FIRMA DE VISTO BUENO
^{1/} NOMBRE DEL SUPERIOR JERÁRQUICO DEL PUESTO DESTINO		FIRMA DE VISTO BUENO

SELLO DE
CONOCIMIENTO
DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INGRESO
CAPACITACIÓN Y CERTIFICACIÓN

FECHA DE ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO:	
FECHA EN QUE APLICA EL MOVIMIENTO:	
FECHA MÁXIMA PARA EMITIR LA CONVOCATORIA: (del puesto que queda vacante)	
INDIQUE LA DIRECCIÓN ELECTRÓNICA EN LA QUE SE PUEDE CONSULTAR ESTA INFORMACIÓN	

ESTE DOCUMENTO ES EXCLUSIVAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO