

LUGAR Y FECHA dd/mm/aaaa

INFORMACIÓN GENERAL DEL SERVIDOR(A)/TRABAJADOR(A):

| APELLIDOS Y NOMBRES | CÉDULA No. | DENOMINACIÓN DEL PUESTO | UNIDAD ADMINISTRATIVA | MODALIDAD | |
|--|------------|--|-----------------------|---|------------------------------------|
| | | | | MARQUE CON UNA X TIPO DE RELACIÓN LABORAL | |
| | | | | NOMBRAMIENTO | |
| | | | | CONTRATO | |
| | | | | CÓDIGO DE TRABAJO | |
| FECHA DE INGRESO INSTITUCIÓN (dd/mm/aaaa) | | FECHA DE SALIDA DE LA INSTITUCIÓN (dd/mm/aa) | | | |
| DECLARO: HABER CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS Y CON LA ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS Y BIENES QUE ME FUERON FACILITADOS PARA EL CABA. CUMPLIMIENTO DE MIS ACTIVIDADES; LO DECLARADO, ES CERTIFICADO POR LOS RESPONSABLES DE CADA UNIDAD ADMINISTRATIVA, SEGÚN EL DETALLE QUE A CONTINUACIÓN CONSTA EN EL PRESENTE FORMULARIO. | | | | | FIRMA DEL SERVIDOR(A) QUE SOLICITA |

1. JEFE INMEDIATO SUPERIOR

| | | | | |
|--|------------|------------|-----------------------|----------------------|
| CERTIFICO QUE EL PETICIONARIO DEL PRESENTE FORMULARIO: | SI ENTREGO | NO ENTREGO | NOMBRE JEFE INMEDIATO | |
| INFORME DE LABORES | | | CARGO: | |
| LOS DOCUMENTOS, ARCHIVOS E INFORMACIÓN OTORGADOS Y/O GENERADOS DURANTE SU VINCULACIÓN LABORAL CON LA INSTITUCIÓN | | | FECHA (dd/mm/aa): | |
| DESACTIVACIÓN DE USUARIO Y CLAVE DE LOS SISTEMAS INFORMÁTICOS ASIGANDOS | | | | |
| ACTUALMENTE ES ADMINISTRADOR DE UN CONTRATO EN EJECUCIÓN | SI () | NO () | | |
| ENTREGÓ INFORMES DE AVANCES DE EJECUCIÓN | SI () | NO () | | |
| OBSERVACIONES: | | | | FIRMA JEFE INMEDIATO |

2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA

| | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------------|------------------------|-------------------|
| UNIDAD DE GESTIÓN DE BIENES CERTIFICA QUE: | | NOMBRE (ANALISTA RESPONSABLE) | SUMILLA | FECHA (dd/mm/aa): |
| ENTREGÓ ACTA "ENTREGA - RECEPCIÓN" DE BIENES | SI | NO | | |
| CERTIFICACIÓN DE NO ADEUDAR EN "BODEGA" | SI | NO | | |
| COMPRAS PÚBLICAS CERTIFICA QUE: | | | | |
| SE DESHABILITÓ O REASIGNÓ NUEVO PERFIL EN EL SOCE | SI | NO | | |
| NOTIFICÓ PROCESOS CP CON ADMINISTRACIÓN PENDIENTE | SI | NO | | |
| OBSERVACIONES: | NOMBRES Y APELLIDOS: | | | |
| | FIRMA CONTROL DE BIENES | | FIRMA COMPRAS PÚBLICAS | |

3. GESTIÓN FINANCIERA

| | | | | | |
|--|----------------------------------|--------|-------------------------------|---------|-------------------|
| CONTABILIDAD CERTIFICA QUE: | | VALOR | NOMBRE (ANALISTA RESPONSABLE) | SUMILLA | FECHA (dd/mm/aa): |
| POSEE SALDOS DE ANTIPOPOS DE SUELDO POR PAGAR | SI () | NO () | | | |
| TIENE SALDO DE CAJA CHICA POR PAGAR | SI () | NO () | | | |
| TIENE SALDOS DE ANTIPOPOS DE VIÁTICOS POR JUSTIFICAR Y/O RESTITUIR | SI () | NO () | | | |
| OTRO (especificar): | | | | | |
| OBSERVACIONES: | NOMBRES Y APELLIDOS: | | | | |
| | FIRMA DIRECTOR (A) FINANCIERO(A) | | | | |

4. GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN - GESTIÓN DE BIBLIOTECA

| | | | | |
|---|---|-------------------------------|------------------------------|-------------------|
| CERTIFICO QUE: | | NOMBRE (ANALISTA RESPONSABLE) | SUMILLA | FECHA (dd/mm/aa): |
| SE DESHABILITÓ SU ACCESO AL CORREO INSTITUCIONAL Y USUARIO DE RED | SI | NO | | |
| DESACTIVACIÓN DE QUIPLUX | SI | NO | | |
| CERTIFICADO DE NO ADEUDAR "MATERIAL BIBLIOGRÁFICO" | SI | NO | | |
| OBSERVACIONES: | NOMBRES Y APELLIDOS: | | | |
| | FIRMA DIRECTOR(A) CENTRO DE TECNOLOGÍAS | | FIRMA RESPONSABLE BIBLIOTECA | |

5. GESTIÓN DE SALUD OCUPACIONAL

| | | | | |
|---------------------------|--|-------------------------------|---------|-------------------|
| CERTIFICO QUE: | | NOMBRE (ANALISTA RESPONSABLE) | SUMILLA | FECHA (dd/mm/aa): |
| EXAMEN POSTOCUPACIONAL | SI | NO | | |
| CERTIFICADO MEDICO RETIRO | SI | NO | | |
| OBSERVACIONES: | NOMBRES Y APELLIDOS: | | | |
| | FIRMA DOCTOR(A) RESPONSABLE DE RIESGOS LABORALES | | | |

6. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

| | | | | |
|--|---|-------------------------------|---------|-------------------|
| CERTIFICO QUE: | | NOMBRE (ANALISTA RESPONSABLE) | SUMILLA | FECHA (dd/mm/aa): |
| PRESENTÓ LA DECLARACIÓN JURAMENTADA DE FIN DE GESTIÓN Y CONSTANCIA DE LA DECLARACION EN EL SISTEMA DE LA CONTRALORIA | SI | NO | | |
| TIENE VACACIONES NO GOZADAS | SI | NO | | |
| EN CASO DE TENER VACACIONES NO GOZADAS, ESPECIFICAR DÍAS | | DÍAS | | |
| VALOR DE DESCUENTO DE UNIFORMES (Art. 11 Norma Legal que regula uso de uniformes). | \$. | NO | | |
| OBSERVACIONES: | NOMBRES Y APELLIDOS: | | | |
| | FIRMA DIRECTOR(A) RESPONSABLE DE TALENTO HUMANO | | | |