



**DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS  
SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE TIEMPO LABORADO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

Área: Docente \_\_\_ DECAT \_\_\_ Asistente \_\_\_ Coordinador(a) \_\_\_ Administrativo(a) \_\_\_ Exfuncionario(a) \_\_\_

**TIPO DE CERTIFICACIÓN**

Tiempo servido	_____	Periodos lectivos	_____
Inicio y cese de labores	_____	Cursos impartidos	_____
Puesto que ocupa	_____	Nº de anualidades	_____
Tipo de nombramiento	_____	Carrera Profesional	_____
Horario laboral	_____	Dedicación Exclusiva	_____
Jornada laboral	_____	Para pensión	_____

Otra (Indique) \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha /Recibido en DRH por: \_\_\_\_\_

Fecha/Firma de recibido: \_\_\_\_\_