



SOLICITUD DE JUBILACIÓN/ PENSIÓN DE INCAPACIDAD

2. Tipo de Solicitud:		<input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Pensión de Incapacidad		3. Fecha:										
DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A) SOLICITANTE														
4. Apellidos y Nombres:				5. Cédula de Identidad:										
6. Lugar de Nacimiento (Ciudad- Estado):		7. Fecha de Nacimiento:	8. Edad:	9. Sexo: M F	10. Estado Civil:									
11. Dirección de Habitación:			12. Teléfono de Habitación/ N° Celular:											
13. Otra dirección donde pueda ser localizado(a):			14. N° de Teléfono:											
15. Instituto:			16. Dependencia de:											
17. Tipo de Personal:	Categoría Académica:		Tiempo de Dedicación		Si ejerce Cargo Jerárquico. Indique:									
DOCENTE	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Agregado <input type="checkbox"/> Asistente <input type="checkbox"/> Instructor <input type="checkbox"/> Auxiliar Docente		<input type="checkbox"/> D.E. T.C. <input type="checkbox"/> M.T. Tiempo Conv.											
ADMINISTRATIVO	Denominación del Cargo:		Escala:	Nivel:	Si ejerce Cargo Jerárquico. Indique:									
OBRERO	Denominación del Cargo:				Grado:									
18. RESUMEN DE TIEMPO DE SERVICIO														
INSTITUCIÓN			a. Ingreso			b. Egreso			c. Reingreso			d. Subtotal		
			D	M	A	D	M	A	D	M	A	D	M	A
Universidad Pedagógica Experimental Libertador														
Otras Universidades. Indique														
Ministerio de Educación y Cultura														
Otros Ministerios. Indique														
Organismos Municipales. Indique														
Institutos Autónomos. Indique														
Otros Organismos Públicos. Indique														
19. Total Tiempo de Servicio:														
20. Si prestó servicios en Instituciones Oficiales diferentes de la UPEL y al término de la relación laboral le fueron canceladas prestaciones sociales, indique:						21. Otras especificaciones:								
a. Nombre del Organismo			b. Monto Total Liquidación en BsF.											
22. Solicitante		23. Imputación Presupuestaria		24. Unidad de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral Social		25. Dirección General de Personal/ Unidad de Personal								
		Proyecto	Acción Específica	Código Producto										
Firma					Funcionario (a) Responsable (Apellido y Nombre)		Funcionario (a) Responsable (Apellido y Nombre)							
					Fecha:		Fecha							