FECHA:

TIPO DE SERVICIO: SEDE NUEVA \_\_\_\_\_\_

 TRASLADO DE SEDE \_\_\_\_\_\_

 ADICIONAL \_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **SOLICITANTE** |  |
| **ÁREA QUE REQUIERE** |  |
| **DIRECTOR DE ÁREA** |  |
| **DIRECCION ACTUAL** (Si aplica) |  |
| **NUEVA DIRECCION**  |  |
| **ALCANCE INICIAL** |  |
| **MOTIVO DEL TRASLADO** (Si aplica) |  |
| **FECHA DE ENTREGA DEL PLANO POR ERT** |  |
| **FECHA APROBACION PLANO POR UNIDAD** |  |
| **FECHA DE INICIO OBRAS** |  |
| **TOTAL PUESTOS SEGÚN PLANO** |  |
| **CONTACTOS EN SEDE** |  |
| **CELULAR CONTACTO** |  |

**OBSERVACIONES:**

Solicitante

|  |
| --- |
| **Secretario General** |