**SOLICITUD DE PAGO POR INDEMNIZACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Lugar y fecha , |  |

Señor

*Nombre de la Autoridad Nominadora o su Delegado*

Cargo

Presente.-

Yo*, (Nombres y apellidos completos*), servidora de carrera del *(nombre de la institución)*, que ocupa el puesto institucional de …………………….., grupo ocupacional ……………… y remuneración mensual unificada de ……………., con sustento en los artículos 23 literales e) y o), 47 literal j), 128, 129 de la Ley Orgánica del Servicio Público; artículos 108, 288 y 289 del Reglamento General a la LOSEP; y, al Acuerdo Ministerial No. MDT – 2016 – 0100, de 14 de abril de 2016 con vigencia a partir del 11 de abril de 2016, solicito acogerme a la (compensación por jubilación y retiro obligatorio y/o compensación por jubilación y retiro no obligatorio o por invalidez.)

Para el efecto pongo en su conocimiento que trabajaré hasta el (día/mes/año), por tal razón solicito firmar el compromiso de pago que cita el penúltimo inciso del artículo 6 del Acuerdo Ministerial No. MDT – 2016 – 0100.

Conforme a los documentos habilitantes que adjunto demuestro que tengo *(años de edad)*, y *(número de imposiciones)*, consecuentemente cumplo con lo establecido en la Ley de Seguridad Social y demás normativa vigente, por lo cual adjunto el resumen del “mecanizado” otorgado por el IESS, el cual está actualizado hasta la fecha de mi desvinculación.

Adicionalmente pongo a disposición la siguiente información de contacto personal:

Dirección de domicilio:

Ciudad del domicilio:

Número de teléfono convencional:

Número de teléfono celular:

Dirección de correo electrónico:

FIRMA DEL SOLICITANTE

-------------------------------------

(Nombre de Solicitante)

No. de cédula