|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FORMATO RADICACIÓN DE HOJA DE VIDA - SISBEN IV No. Radicado:** | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS |  | | |
| DIRECCION |  | | |
| TELEFONO |  | | |
| **REQUISITOS MINIMOS** | | | |
| ***SOPORTES ENTREGADOS*** | | ***FOLIO No.*** | ***OBSERVACIONES*** |
| CERTIFICADO CURSOS VIRTUAL DNP | |  | Fecha: código de verificación: |
| EXPERIENCIA CERTIFICADA | |  | Nombre de las Empresas: |
| ULTIMOS ESTUDIOS CURSADOS | |  | Título obtenido y Nombre del Establecimiento |
| LIBRETA MILITAR No. (para menores de 50 años) | |  | Distrito Militar No. Ciudad |
| PAZ Y SALVO MUNICIPAL N. | |  | Numero: |
| FOTOCOPIA DE LA CEDULA | |  | Numero |
| ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PARA PERSONA NATURAL (PROCURADURIA) | |  | Numero |
| ANTECEDENTES FISCALES PARA PERSONA NATURAL (CONTRALORIA) | |  | Numero |
| ANTECEDENTES JUDICIALES PARA PERSONA NATURAL (POLICIA | |  | Numero |
| RUT EXPEDIDO POR LA DIAN | |  | Numero |
| APORTES DE SALUD Y PENSION (REGIMEN CONTRIBUTIVO) | |  | Nota: Una vez superada la capacitación y sea seleccionado deberá cancelar los valores correspondientes a Salud, Pensión y Riesgos Profesionales. |
| TOTAL FOLIOS ENTREGADOS | |  |  |

****

**NOTA: Las hojas de vida que no cumplan con alguno(s) de los anteriores requisitos no será tenidas en cuenta.**

FECHA Y HORA DE RADICADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA QUIEN ENTREGA NOMBRE Y FIRMA QUIEN RECIBE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_