

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO GESTIÓN Y DESARROLLO HUMANO	SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SISTEDA, SGC y MECI) SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE EXPERIENCIA	MATH02.06.01.18.P04.F01	
		VERSIÓN	1
		FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	05/feb/2015

Número Consecutivo:	_____	Fecha:	_____
Nombre Completo:	_____		
Dirección:	_____		
Telefonos:	_____	Dependencia:	_____
Documento de Identidad:	C.C. <input type="text"/>	C.E. <input type="text"/>	PAS <input type="text"/> Número : _____
Correo Electronico:	_____		

AUTORIZACIÓN DE USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El usuario acepta y autoriza de manera expresa que se le envíen notificaciones y demás comunicaciones relacionadas con su trámite y/o solicitud a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensaje móvil)	SI	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>

DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD

<table><tr><td colspan="2">Estado Actual:</td></tr><tr><td>Funcionario Activo:</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Funcionario Retirado:</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Estado Actual:		Funcionario Activo:	<input type="checkbox"/>	Funcionario Retirado:	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td colspan="2">Tipo de Experiencia</td></tr><tr><td>General (en todos los Cargos)</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Relacionada (Cargo Especifico)</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Tipo de Experiencia		General (en todos los Cargos)	<input type="checkbox"/>	Relacionada (Cargo Especifico)	<input type="checkbox"/>	<table><tr><td colspan="2">Tiempo Especifico</td></tr><tr><td>Desde:</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Hasta:</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>Todo el tiempo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Tiempo Especifico		Desde:	<input type="text"/>	Hasta:	<input type="text"/>	Todo el tiempo	<input type="checkbox"/>
Estado Actual:																						
Funcionario Activo:	<input type="checkbox"/>																					
Funcionario Retirado:	<input type="checkbox"/>																					
Tipo de Experiencia																						
General (en todos los Cargos)	<input type="checkbox"/>																					
Relacionada (Cargo Especifico)	<input type="checkbox"/>																					
Tiempo Especifico																						
Desde:	<input type="text"/>																					
Hasta:	<input type="text"/>																					
Todo el tiempo	<input type="checkbox"/>																					

Si escogio la opción de Experiencia relacionada especifique el cargo: _____

Dando Cumplimiento al Acuerdo N. 01 de mayo 13 de 1983, Ordenanza 301 de 2009 y la Resolución 3889 de diciembre de 2.011, para la validez del Certificado es necesario que el usuario presente conjuntamente con la solicitud las siguientes estampillas:

Estampillas	Valor	Si	No
Estampillas Pro Desarrollo Urbano	2.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estampillas Pro Salud Departamental	2.500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estampillas Pro Hospitales Universitarios	2.500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De conformidad con lo establecido en el Artículo 14 de la Ley 1437 de 2.011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo), la presente petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción.

Nombre Solicitante: _____	Nombre de quien recibe: _____
---------------------------	-------------------------------