|  |
| --- |
| **NOMBRE DEL ASPIRANTE**: |
| **NÚMERO DE IDENFICACIÓN: DE:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIVEL DEL CARGO** | DIRECTIVO |  | PROFESIONAL |  | TÉCNICO |  | ASISTENCIAL |  |

**VERIFICACIÓN DE TITULOS Y/ O EXPERIENCIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DOCUMENTO A VERIFICAR: | INSTITUCIÓN/EMPRESA: | |
| FECHA DE VERIFICACIÓN: | MEDIO DE VERIFICACIÓN: (registre el correo electrónico y/o número telefónico) | |
| NOMBRE DE LA PERSONA QUE CONFIRMA: | | DEPENDENCIA: |
| INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN Y OBSERVACIONES: | | |
| NOMBRE DE QUIEN VERIFICA: | FIRMA DE QUIEN VERIFICA: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DOCUMENTO A VERIFICAR: | INSTITUCIÓN/EMPRESA: | |
| FECHA DE VERIFICACIÓN: | MEDIO DE VERIFICACIÓN: (registre el correo electrónico y/o número telefónico) | |
| NOMBRE DE LA PERSONA QUE CONFIRMA: | | DEPENDENCIA: |
| INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN Y OBSERVACIONES: | | |
| NOMBRE DE QUIEN VERIFICA: | FIRMA DE QUIEN VERIFICA: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DOCUMENTO A VERIFICAR: | INSTITUCIÓN/EMPRESA: | |
| FECHA DE VERIFICACIÓN: | MEDIO DE VERIFICACIÓN: (registre el correo electrónico y/o número telefónico) | |
| NOMBRE DE LA PERSONA QUE CONFIRMA: | | DEPENDENCIA: |
| INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN Y OBSERVACIONES: | | |
| NOMBRE DE QUIEN VERIFICA: | FIRMA DE QUIEN VERIFICA: | |

(Si es necesario revisar más documentos duplique los recuadros que se requieran para su correspondiente diligenciamiento)