|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CERTIFICADO DE PERMANENCIA** | Código: | 770.12.15-35 | |
| Versión: | 02 | |
| **PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO** | Fecha de Aprobación: | | 09/11/2016 |
| **PROCEDIMIENTO TRÁMITE Y LEGALIZACIÓN DE COMISIÓN O AUTORIZACIÓN DE DESPLAZAMIENTO** | Pág.: |  | 1 de 1 |

EL SUSCRITO CERTIFICA:

QUE (NOMBRES Y APELLIDOS) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IDENTIFICADO(A) CON C.C \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VISITÓ Y PERMANECIÓ EN EL DEPARTAMENTO DE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MUNICIPIO DE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EN EL EJERCICIO PROPIO DE SUS FUNCIONES O EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DESDE EL: DÍA \_\_\_\_ MES\_\_\_\_ AÑO\_\_\_\_ HASTA EL: DÍA\_\_\_\_ MES\_\_\_\_ AÑO\_\_\_\_.

SE EXPIDE EN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA TRÁMITE RESPECTIVO ANTE LA UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS.

FIRMA DE QUIÉN CERTIFICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENTIDAD/ ORGANIZACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nota:** La presente certificación deberá expedirla el Director Territorial o quien designe, para toda comisión o autorización de desplazamiento que se realice en la sede u oficina de la Dirección Territorial.

**ANEXOS**

**Anexo 1** Control de cambios

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Versión** | **Ítem del cambio** | **Cambio realizado** | **Motivo del cambio** | **Fecha del cambio** |
| 2 | Encabezado | Se cambia el nombre del procedimiento al cual está asociado | Mejora continua | 09/11/2016 |