**FECHA DE LA SOLICITUD:**

Año Mes Día

|  |
| --- |
| MOTIVO: Necesidad del servicio \_\_\_\_\_\_ Solicitud del interesado \_\_\_\_\_\_ |

**INFORMACIÓN SERVIDOR A REUBICAR**

| Documento de identidad |  |
| --- | --- |
| Nombres y apellidos |  |
| Cargo actual |  |
| Tipo de vinculación |  |
| Dependencia de origen |  |
| Dependencia destino |  |
| Fecha ingreso a la entidad |  |
| Tiempo servicio dependencia actual |  |
| Número de contacto |  |
| Correo electrónico |  |
| Observaciones: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Servidor público solicitante:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma  Nombre:  C.C. | **Vo. Bo. Director o Jefe Oficina - dependencia origen**:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma  Nombre:  Cargo: |
| **Vo. Bo. Contralor de Bogotá D.C.:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma  Nombre: | **Vo. Bo. Director o Jefe Oficina - dependencia destino**:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma  Nombre:  Dependencia: |

Fecha publicación formato: 21/03/2025.