|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SOLICITUD DE INEXISTENCIA O INSUFICIENCIA**  | Código: | 760.10.15-31 |
| Versión: | 01 |
| **PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL** | Fecha de Aprobación: | 05/08/2016 |
| **PROCEDIMIENTO PLANEACION CONTRACTUAL** | Pág: |   | 1 de 1 |

Fecha: Ciudad o Municipio /día/mes /año

PARA: *(Nombre Coordinadora Grupo Gestión de Talento Humano)*,

Coordinadora Grupo Gestión Talento Humano

DE: Nombre del remitente, Cargo

ASUNTO: Solicitud de inexistencia o insuficiencia de personal

De manera atenta me permito solicitar Certificación de inexistencia o insuficiencia de personal del (o los) siguiente (s) perfiles Técnicos y/o Profesionales con base en la siguiente información y justificación de la situación actual *(nombre de la dependencia*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Objeto** | **Perfil Requerido** | **Cantidad** |
|  |  |  |

Justificación*: (Justificación de la necesidad)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Por todo lo anterior se solicita la expedición de la certificación de inexistencia o insuficiencia de personal debido a que en la dependencia:

|  |  |
| --- | --- |
| No existe personal que pueda desarrollar la actividad para la cual se requiere contratar la prestación del servicio. |  |
| Existe personal en la planta, pero este no es suficiente. |  |
| El desarrollo de la actividad requiere un grado de especialización y un perfil diferente a los establecidos en el manual de funciones y competencias de la Unidad, lo que implica la inminente necesidad de contratación del servicio. |  |

Cordialmente,

Firma del Jefe de la Dependencia solicitante.

Preparó: Nombre completo

Revisó: Nombre completo