| **SOLICITUD:**Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 5 del Decreto Distrital 062 de 2024 o la norma que lo modifique, adicione o sustituye y demás normas concordantes, se solicita expedir certificación de inexistencia de personal de planta que pueda desarrollar el objeto del contrato de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión. |
| --- |
| **FECHA:** | AAAA-MM-DD HORA |
| **PARA:** | Grupo Interno de Trabajo de Talento Humano |
| **DE:** | NOMBRE DE JEFE DE ÁREA O COORDINADORDEPENDENCIA |
| **No. DE CONTRATISTAS:** | INCLUIR |
| **PERFIL:** | **ESTUDIOS****EXPERIENCIA** | Estudios solicitados  |
| Experiencia solicitada |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** | Objeto del contrato |
| **OBLIGACIONES:** | Obligaciones específicas establecidas |
| **JUSTIFICACIÓN:**(seleccione de la lista desplegable) | Justificación para suplir necesidad |

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

NOMBRE DE JEFE DE ÁREA O COORDINADOR

DEPENDENCIA

| **CERTIFICACIÓN:**Que con base en lo consignado en la solicitud presentada, La/El Coordinador (a) del Grupo Interno de Trabajo de Gestión del Talento Humano procedió a verificar el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales vigente para los cargos de la entidad, el perfil, objeto contractual y actividades previstas para el desarrollo del contrato de prestación de servicios concluyendo que: |
| --- |
| **Fecha:** AAAA-MM-DD HORA |
| **Para:** NOMBRE DE JEFE DE ÁREA O COORDINADORDEPENDENCIA |
| **De:** NOMBRE – DIRECTOR/A DE GESTIÓN CORPORATIVA |

* La entidad no cuenta con personal de planta que pueda desarrollar la actividad para la cual se requiere contratar la prestación del servicio.
* La entidad no cuenta con personal de planta suficiente para desarrollar la actividad para la cual se requiere contratar la prestación del servicio.
* Se devuelve la solicitud porque efectuada la revisión no se enmarca en ninguna de las situaciones descritas en la normatividad vigente.

O V.B.

X V.B.

O V.B.

**NOMBRE DEL DIRECTOR/A DE GESTIÓN CORPORATIVA Y RELACIÓN CON EL CIUDADANO**

# NOMBRE

**NOMBRE DE/LA COORDINADOR/A GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE TALENTO HUMANO**

# NOMBRE

**Nombre apoyo revisión talento humano**

# NOMBRE

**Fecha y hora de Certificado**

AAAA-MM-DD HORA