PARA: Subdirector(a) de Gestión Humana

DE: **XXXXXXXXXXXX**

ASUNTO: Solicitud alcance al certificado de No disponibilidad o insuficiencia de personal

De manera atenta, con el propósito de atender las labores propias de esta (nombre de la Dependencia), se requiere de alcance al certificado de No disponibilidad o insuficiencia de personal, en atención a que por error u omisión de la solicitud inicial de esta dependencia o certificado de No disponibilidad o insuficiencia de personal emitida por la Subdirección de Gestión Humana, se requiere la siguiente modificación:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No. Radicado Solicitud inicial** | **No. de Consecutivo y Certificado de No disponibilidad o insuficiencia de personal** | **Información inicial como se expidió el certificado (Información que se debe modificar)****(No. Radicado - Fecha solicitud – Plazo de ejecución – Causal)** | **Información que requiere tener alcance**  |
|  |  |  |  |

Cordialmente,

**XXXXXXXXXXXXXXXX**

Cargo

Proyectó: xxxxxxxxxxxx

Revisó: xxxxxxxxxxxxxx

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VERSIÓN** | **FECHA** | **DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN** |
| 01 | 07/03/2025 | Creación del documento |

**CONTROL DE FIRMAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Elaboró** Claribel del Pilar Suárez Castrillón | **Cargo**Profesional Contratista SGH | **Firma**ORIGINAL FIRMADO |
| **Revisó**Sonia Meliza Castro HurtadoAngela CifuentesNancy Viviana Hernández | **Cargo**Profesional Universitario, SGHProfesional Contratista SGHVo.Bo. de Mejora Continua - OAP | **Firma** ORIGINAL FIRMADO |
| **Aprobó** José Andrés Ponce Caicedo  | **Cargo** Subdirector de Gestión Humana | **Firma** ORIGINAL FIRMADO |