**EL/LA SUBDIRECTOR/A O JEFE DE OFICNA DE XXXXXX DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SERVICIOS PÚBLICOS – UAESP**

**HACE CONSTAR**

Que la Subdirección o Jefe de Oficina de XXXXXXXX, requiere llevar a cabo el contrato cuyo objeto es “XXXXXXXXXX”

Que, de conformidad con el CERTIFICADO DE NO EXISTENCIA DE PERSONAL DE PLANTA No. XXX del XXXX y del estudio previo de la contratación por desarrollar, el perfil de la persona a contratar es el siguiente:

* **Formación académica**: [Escribir la formación académica solicitada]
* **Experiencia**: [Escribir el tipo de experiencia solicitada y el tiempo de ésta]

Que revisada la hoja de vida de XXXXXXXXXX identificado/a con Cédula de ciudadanía No. XXXXXXX de XXXXXXX, se estableció que cuenta con la experiencia e idoneidad requerida, tal y como se menciona a continuación:

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMACIÓN ACADÉMICA** | **SOPORTE** |
| **[escribir el título de pregrado y posgrado del profesional]** | **Aporta los siguientes documentos**  **[Enumerar los documentos que soportan la formación académica del profesional]** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EXPERIENCIA CERTIFICADA:** | | | | | | | |
| **Desde** | | | **Hasta** | | | **Tipo de experiencia**  **(De acuerdo con la descripción de los estudios previos)** | **Entidad que certifica** |
| **DD** | **MM** | **AA** | **DD** | **MM** | **AA** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL EXPERIENCIA** | | | | | | | **XXX (X) años [escribir los años en letras y número de la experiencia]** |

Que, con fundamento en lo anterior, se deja constancia que la persona relacionada en el presente documento, CUMPLE con todos los requisitos exigidos en los estudios y documentos previos del proceso, y que se trata de una persona IDÓNEA para llevar a cabo el objeto contractual del presente proceso.

El Subdirector(a) o Jefe de Oficina manifiesta que, la persona citada no cuenta con reporte alguno y se deja constancia que no presenta ningún tipo de inhabilidad o incompatibilidad de los consagrados por la Ley.

Dada en Bogotá D.C., a los XXXXXXXXXX (XX) días del mes de XXXXXXXXX de 202\_.

**XXXXXXXXX XXXXXXXXXX**

**SUBDIRECTOR O JEFE DE OFICINA XXXXXXXXXX/ XXXXXXXX**

**Proyectó. XXXXXXXXXXX**

**Revisó. XXXXXXXXXXX**

**Aprobó. XXXXXXXXXXX**