Trabajo

FORMATO DE SOLICITUD DE EVENTOS O ACTIVIDADES LOGÍSTICAS

Código:
Versión:
Fecha:

1. INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA QUE ORIGINA EL EVENTO O ACTIVIDAD		
1.1 Nombre de la Dependencia:	DIRECCION DE RIESGOS LABORALES	**Consecutivo Solicitud** **20**
1.2 Director del Área y/o Supervisor:	RINCON MARIÑO WILMAR JULIAN	
1.3 Número de Extensión de Contacto:	60100000000	
1.4 Correo Institucional:	wrincon@mintrabajo.gov.co	

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL EVENTO O ACTIVIDAD			
2.1 Nombre del Evento:	Mesa de trabajo para verificación y seguimiento de indicadores del Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (rehabilitación y tiempos de calificación)".	**2.2 Fecha de Solicitud:**	27 / 11 / 2025
2.3 Ciudad y/o Municipio del Evento:	BOGOTÁ	**2.4 Fecha de Inicio:**	08 / 10 / 2025
2.6 Objetivo del Evento:	N/A	**2.5 Fecha de Fin:**	08 / 10 / 2025
		2.7 Hora de Inicio:	08:00
		2.8 Hora de Fin:	14:00
2.9 Dirigido a (Público Objetivo):	Todos los actores del sistema de gestión de SST		
2.10 Cantidad de Convocados:	300		
2.11 Breve Justificación del Evento:	Brindar herramientas técnicas a todos los todos los actores del sistema general de seguridad y salud en el trabajo, así como socializar los avances de las actividades desarrolladas por parte de la comisión nacional y demás actores que desarrollan acciones en la prevención, identificación, evaluación y control de los riesgos asociados con la exposición a agentes neumoconióticos.		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA PARA ATENDER EL EVENTO O ACTIVIDAD					
3.1 No. Contrato:	N/A	**3.2 Nombre del Operador:**	N/A		
3.3 Objeto del Contrato:	N/A				
3.4 Rubro Presupuestal	N/A	**3.5 CDP**	N/A	**3.5 RP**	N/A
3.7 Presupuesto Disponible para el evento					**$ 0**

4. AUTORIZACIÓN JEFE DE LA DEPENDENCIA QUE ORIGINA EL EVENTO		
SERVILIO CAICEDO ULLOA NOMBRE y APELLIDOS Supervisor/Interventor		**FIRMA**
RINCON MARIÑO WILMAR JULIAN NOMBRE y APELLIDOS Enlace Dependencia		**FIRMA**
YENNY SAMANTHA NOMBRE y APELLIDOS Responsable del Evento		**FIRMA**