Trabajo	FORMATO DE SOLICITUD DE EVENTOS O ACTIVIDADES LOGÍSTICAS	Código:
		Versión:
		Fecha:

1. INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA QUE ORIGINA EL EVENTO O ACTIVIDAD

		Consecutivo Solicitud
1.1 Nombre de la Dependencia:	UNIDAD COORDINADORA DEL PROGRAMA PARA FORTALECER POLITCAS DE EMPLEO- BID	
1.2 Director del Área y/o Supervisor:	CERON ALEJANDRO	
1.3 Número de Extensión de Contacto:		
1.4 Correo Institucional:	aceronr@mintrabajo.gov.co	

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL EVENTO O ACTIVIDAD

2.1 Nombre del Evento: Encuentro Empresarial Plan Empleo

2.2 Fecha de Solicitud: DD 13 MM 11 AAAA 2025

2.3 Ciudad y/o Municipio del Evento: Barranquilla

2.4 Fecha de Inicio: DD 13 MM 11 AAAA 2025

2.5 Fecha Fin: DD 13 MM 11 AAAA 2025

2.6 Objetivo del Evento: Socializar y presentar balance de la iniciativa Plan Empleo, así como oferta institucional del Ministerio de Trabajo e instituciones acompañantes, en encuentro plan empleo con población beneficiaria.

2.7 Hora de Inicio: 8:00

2.8 Hora de Fin:

2.9 Dirigido a (Público Objetivo): Poblacion en general

2.10 Cantidad de Convocados:

2.11 Breve Justificación del Evento: "Presentar balance de la iniciativa "Plan Empleo" a población beneficiaria, con el objetivo de articular esfuerzos para generar oportunidades laborales para personas capacitadas a través de cursos cortos y certificaciones. Buscamos que los empresarios locales se beneficien de los beneficios tributarios al contratar a esta población promoviendo así el desarrollo economico y social en la región"

3. INFORMACIÓN FINANCIERA PARA ATENDER EL EVENTO O ACTIVIDAD

3.1 No. Contrato: 513-2025 **3.2 Nombre del Operador Logístico:** UNIÓN TEMPORAL IMACORPACTO POR EL TRABAJO 2025

3.3 PRESTAR SERVICIOS DE LOGÍSTICA PARA APOYAR EL DESARROLLO DE LAS POLÍTICAS, PROGRAMAS Y PROYECTOS EN CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS DEL MINISTERIO DEL TRABAJO

3.4 Rubro Presupestal	3.5 Certificado de Disponibilidad Presupestal	3.5 Registro Presupestal	3.7 Presupuesto Disponible para el evento

4. AUTORIZACIÓN JEFE DE LA DEPENDENCIA QUE ORIGINA EL EVENTO

Servilio Caicedo Ulloa	
NOMBRE y APELLIDOS Supervisor/Interventor	**FIRMA**
Astrid Lorena Villamizar Ostos	
NOMBRE y APELLIDOS Enlace Dependencia	**FIRMA**
Alejandro Cerón	
NOMBRE y APELLIDOS Responsable del Evento	**FIRMA**

5. ANEXOS (Marque x) - Obligatorio *

1. Lista de Asistentes [X] **2. Agenda del Evento** [X] **3. Presupuesto*** [ ] **4. Otros** [ ] **Cual :**