# PROCESO DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIO
## SOLICITUD DE SERVICIO

| # De solicitud | Nombre del evento: | | # de Participantes: |
|---|---|---|---|
| 939 | | Mesa de Nutrición Sintrabienestar | 25 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo de solicitud:** | INICIAL | **Fecha inicio:** | **16/12/2025** |
| **Fecha de solicitud:** | 9/12/2025 | **Fecha fin:** | **16/12/2025** |
| **Dependencia / Regional:** | **Dirección de Nutrición** | **Hora inicio:** | 08:00 a. m. |
| **Nombres enlace del evento:** | Sandra Parra Campos | **Hora fin:** | 05:00 p. m. |
| **Teléfono de Contacto:** | 3012475492 | **Ciudad del Evento:** | **Bogotá** |
| **Correo Institucional:** | sandra.parra@icbf.gov.co | **Lugar de Realización:** | **Sede de la Dirección General- Centro de Excelencia** |
| **Jefe o Director Area / Regional:** | Salvador Rincón Santos | **Objetivo del Evento:** | |
| **Cargo:** | Director de Nutrición | | |
| **Macroregión:** | M4: Atl, Bol, Guaj, Mag, Suc, SAnd | | Llevar a cabo la Mesa de Nutrición en el marco de los compromisos con Sintrabienestar |

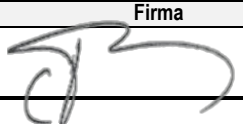
**DETALLE DE REQUERIMIENTO**

| ITEM | CONCEPTO | BIEN O SERVICIO REQUERIDO | OBSERVACIONES | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD |
|---|---|---|---|---|---|

**ANEXOS**

* Datos para reserva de TIQUETES de 1 asistentes al evento.

**SOLICITADO Y APROBADO POR:** (este apartado debe contar con aprobacion del Director de área, regional o jefe de oficina)

| Nombre y Apellidos | Cargo | Dependencia / Regional | Firma |
|---|---|---|---|
| Salvador Rincón Santos | Director de Nutrición | Dirección de Nutrición |  |

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012