FORMATO SOLICITUD DE REQUERIMIENTOS ESPACIOS CIUDADANOS

SIG

T-RE-F-04 | 4/17/2024 | V-4

E391 150326 Fortalecimiento de los lineamientos de política pública para lograr la universalización del servicio de energía eléctrica de manera justa

No. De Solicitud: _____ **No. De RP.** _____ **Proyecto:** y eficiente nacional

Ministerio de Minas y Energia **Dependencia** DIRECTOR DE ENERGIA ELECTRICA

Entidad Solicitante: _____ **Solicitante:** _____

1. INFORMACIÓN DEL EVENTO

Nombre del Evento:	**Capacitación de Legalización de la Financoación de Servicios**			
Fecha del Evento:	**Desde** (dia/mes/año):	**6/9/2026**	**Hasta** (dia/mes/año):	**6/11/2026**
Horario del Evento:	**Hora de inicio:**	**7:00**	**Hora de Terminación:**	**7:00 PM**
Ciudad:	**Puerto Asis**	**Lugar:**	**Casa de la mujer, Puerto Asis**	
Objetivo del Evento:	Realizar el autodiagnostico deb usuarios según lo decreta las sentencias 003 y 005.			
Tipo de Evento: (marque con una X)	**Informativo:**	**x**	**Pedagógico:**	**x**
	Rendición de Cuentas:		**Planeación Participativa:**	
	Innovación:		**Toma de Decisiones Participativa**	
	Derechos Humanos:		**Resolución de Conflictos**	
Perfil de Asistentes: (marque con una X)	**Academia**		**Comunidades afrodescendientes**	
	Autoridades locales, regionales o departamentales		**Comunidades raizales, rom**	
	Entidades adscritas o vinculadas al sector		**Comunidades campesinas**	
	Entidades o empresas privadas		**Organismos de vigilancia y control**	
	Gremios, asociaciones o empresas mineras		**Representantes de Entidades territoriales**	**x**
	Gremios asociaciones o empresas de energía		**Representantes internacionales**	
	Gremios, asociaciones o empresas de hidrocarburos		**Organizaciones o representantes de comunidades**	
	Comunidades indígenas		**Veedurías ciudadanas o vocales de control**	
Contacto o Responsable Durante el Evento:	**Dora Tatiana Reina acosta**			
Teléfono Celular / Fijo:	3012916847	**Correo Electrónico:**	dtreina@minenergia.gov.co	

2. ALIMENTOS Y BEBIDAS

Servicio / Menaje	**Cantidad**	**Hora Estimada**	**Observaciones**
Refrigerio AM:	**12**	**10:30 AM**	
Refrigerio PM:			
Almuerzo:	**12**	**1:00 PM**	
Estación de Café Automática:			**Especificaciones del Tipo de Servicio para Alimentos** (marque con una X)
Estación de Café Atendida:			**Tipo Buffet:** ____ **Servido a la Mesa:** ____
Meseros:			**Empacado sin Servicio:** X **Empacado con Servicio:** ____
Información de Contactos o de Terceros en Caso Necesario:	Dora Tatiana Reina Acosta		3012916847
	Nombre del Contacto para la Entrega		**Teléfono del Contacto**

3. REQUERIMIENTOS ESPECIFICOS DE LA LOCACIÓN

Espacios	**Cantidad**	**Especificaciones**
Salón Principal:		
Salón Adicional:		
Sonido:		
Proyector de Video:		
Micrófonos:		
Computador Portátil:		
Mesa Principal:		
Atril:		
Papelógrafo o Tablero Acrílico:		
Papelería:		
Impresora:		
Servicio de Fotocopiadora:		
Traductor y Equipos de Traducción:		
Otro ¿Cuál?:		
Otro ¿Cuál?:		

Powered by CamScanner

4. MARQUE CON UNA (X) O SOMBREE LA DISTRIBUCION DESEADA DEL ESPACIO

Espina de Pescado	U	Auditorio	Mesa de Trabajo	Aula
Permiten buena visibilización entre asistentes y expositor, al frente se ubica mesa principal.	Para una cantidad inferior a 45 personas - Es viable utilizar habladores.	lapso de tiempo no superior a un día ya que la acomodación no contempla mesas para	Para talleres o espacios que requiere actividades de grupo - se debe indicar cuantas mesas y cuantas personas reuniría cada grupo	cómoda para los asistentes, aunque requiere espacios muy amplios. También se puede acomodar de forma mixta la mitad en aula y la otra midad

5. REQUERIMIENTO DE TRANSPORTE

Apoyo de transporte:		Si requiere apoyo de transporte para los participantes, debe anexar un listado con: Apellidos y nombres, No. de cedula, No. de celular, trayectos, valor a reembolsar por trayecto. (Apoyo de transporte).
		Para que el dinero sea reembolsado cada persona debe entregar fotocopia de la cedula por ambos lados, de lo contrario el dinero no será entregado.
No. de personas que requieren transporte aéreo:		Si requiere transporte aéreo, debe anexar un listado con: Apellidos y Nombres, No. de cedula, fecha de nacimiento, fechas y horario de vuelos, No. de celular y correo electrónico para enviar el tiquete. (Tiquete aéreo)(Anexar copia del pasaporte).
No. de personas que requieren alojamiento:	4	Si requiere Alojamiento se debe enviar el listado de los huésped así: Nombres y apellidos, No. de cedula, fechas e ingreso y salida, numero de celular y correo electrónico.

NOTA: El área solicitante del espacio de participación será responsable de la gestión de apoyos logísticos; entendida como la coordinación, comunicación y definición de montos entregados, así como los destinatarios finales de dichas operaciones financieras. Compromiso adquirido con el diligenciamiento total y firma de la dependencia.

6. BIENES O SERVICIOS REQUERIDOS QUE NO ESTEN CONTEMPLADOS EN ESTE FORMATO

Cantidad	Descripción	Justificación / Observación

7. OBSERVACIONES

El primer día 09/06/2026 se entregan 4 almuerzos a la 1:00 pm de la tarde en el hotel asignado y se entregan 4 cenas en el hotel asignado a las 6:30 pm

El segundo día 10/06/2026 se entregan 4 desayunos a las 8:00 am en el hotel de Puerto Asís, los almuerzos los entregan a las 12:30 en la casa de la mujer de Puerto Asís y la cena se entrega a las 6:30 pm en el hotel que se asigne.

El tercer día 11/06/2026 se entregan 4 desayunos a las 7:00 am en el hpotel de Puerto Asís y ahí mismo se entrega un refrigerio a las 4 personas paqra llevar lo que remplazará el almuerzo en el camino.

Se necesita alojamiento para 4 personas los días 09/06/2026 y 10/06/2026, una habitación por persona en los dos días. En el hotel asignado se deben entregar las comidas que se pidan para el hotel.

DATOS - Supervisor Contrato Operador Logístico

Firma:	
Nombre:	
Cargo:	

DATOS DEL SOLICITANTE - Jefe Dependencia o Gerente del Proyecto:

Firma:	
Nombre:	Martha Stephany Barreto Mantilla
Cargo:	Coordinadora del Grupo de Fondos y Gestión del Sector

Powered by CamScanner