La educación es de todos · Mineducación	**SOLICITUD DE EVENTO**	**Código: AD-FT- 09** Versión: 06 Rige a partir de su publicación en el SIG

Nota: Su información es importante para nosotros, le agradecemos se diligencie la totalidad de las casillas, ¡gracias por su colaboración!

ESPACIO PARA RADICADO

1. INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA MEN QUE ORIGINA EL EVENTO

Nombre de la Dependencia : SUBDIRECCIÓN DE REFERENTES Y EVALUACIÓN

Nombre y Apellidos Servidor líder que origina el evento: Mercedes Magdalena Jimenez Barros

Numero de Extensión MEN de Contacto : Teléfono Móvil de Contacto: 315 8356378

Correo Electrónico Institucional de Contacto : mjimenez@mineducacion.gov.co

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL EVENTO

Consecutivo Solicitud: SE - 30 Fecha Solicitud: 21 / 10 / 2020

Nombre del Evento : CAPACITACIONES EDUCATIVAS BRAIN HEALTHY - DRA. HARPER

Fecha Inicio: **21/10/2020** Fecha Fin: **16/11/2020**

Incluido en Plan de Eventos: **(Marque x)** SI Hora Inicio: 12:00 p.m Hora Fin: 16:00

Ciudad del Evento : EVENTO - VIRTUAL Requiere Avanzada? NO Requiere Apoyo Oficina Comunicaciones? SI

Objetivo del Evento : Aprender a incorporar las mejores prácticas del aprendizaje, basándoselas en los estudios del cerebro y la neuroplasticidad, que generen una optimización del instrucción y el aprendizaje de los estudiantes a fin de garantizar una salud cerebral

Dirigido a (Público Objetivo): Comunidad educativa en general

Cantidad de Convocados 1000

El dia 21 de octubre se tiene proyectado para montaje y pruebas. El evento tendra lugar el día 22 de octubre de 9 am a 10:30 a.m, 12 de noviembre de 10:00 am a 11:30 am y 16 de noviembre de 10:00 am a 11:30 am.

3. INFORMACIÓN FINANCIERA PARA ATENDER EL EVENTO

Contrato No: C01.PCCNTR.1247601 Nombre Operador Logístico : CONSORCIO LOGISTICA MEN 2019-2021

Rubro Presupuestal / Ítem / Subitem	CDP No.	Presupuesto ($)
C-2201-0700-18-0-2201074-02	52020	$ 40.352.810
	Total Presupuesto:	$ 40.352.810

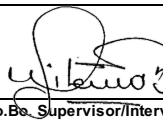
4. REQUERIMIENTOS DEL EVENTO : **Anexar Presupuesto detallado y valorizado con la totalidad de los requerimientos**

5. AUTORIZACIÓN JEFE DE LA DEPENDENCIA QUE ORIGINA EL EVENTO

DANIT MARIA TORRES FUENTES

NOMBRE y APELLIDOS





Vo.Bo. Supervisor/Interventor

6. ANEXOS **(Marque x) - Obligatorio ***

1. Lista de Asistentes [ ] 2. Agenda del Evento* [ ] 3. Presupuesto* [x] Otros [ ] Cual(es) :

La impresión de este documento se considera **Copia No Controlada**, el usuario al momento de consultarlo debe compararlo con la versión oficial publicada en la Intranet / Link SIG MEN.