|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del solicitante de la capacitación: |  |
|  |  |
| Cargo:  |  |
| Dependencia / Dirección Territorial: |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA CAPACITACIÓN A SOLICITAR** |
| TÍTULO |  |
|  |  |
| ENTIDAD O INSTITUCIÓN QUE LA DICTA |  |
|  |  |
| CIUDAD / PAÍS |  |
|  |  |
| MODALIDAD DE CAPACITACIÓN | Presencial Virtual Semipresencial |
|  |  |
| TIPO DE CAPACITACIÓN | Diplomado Seminario Curso Otro ¿Cuál? |
|  |  |
| FECHA DE LA ACTIVIDAD (AAAA-MM-DD) | Inicio |  | Terminación |  | DURACIÓN (en horas) |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| INVERSIÓN TOTAL REQUERIDA PARA LA ACTIVIDAD (en pesos) |  |
|  |  |
| Detalle de la inversión: |
| **FUNCIONARIOS QUE REQUIEREN LA CAPACITACIÓN** |
| NOMBRE COMPLETO | IDENTIFICACIÓN | TIPO DE VINCULACIÓN |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **JUSTIFICACIÓN DE LA CAPACITACIÓN:** Explique y sustente la contribución de los conocimientos, habilidades y destrezas que se lograrán a través de esta actividad y su impacto en el desempeño Institucional. |
|  |
|  |
|  Firma del solicitante (Director, jefe de oficina, subdirector, secretario general o director territorial) |  |