

	<h1>SOLICITUD CAPACITACIÓN</h1>	Código: FMT – 223 –	Nit 860.023.814-8 No responsable de IVA - ICA 7x1000 Calle 170 N° 15-68 Tel (571) 676 7700 - Fax (571) 671 1318
		Versión: 05, 18/06/2018	
		Vigente desde: 01/05/2016	
		Página: 1 de 3	

Apreciado colaborador le recomendamos que previo a efectuar su solicitud de apoyo para capacitación tenga en cuenta lo siguiente:

1. Este formulario deberá ser diligenciado dentro del proceso de solicitud de apoyo económico para capacitaciones en las que él colaborador demuestre interés (curso, seminario, diplomado, especialización, maestría y/o doctorado). Así mismo deberá ser presentado en los casos en los que el colaborador requiera de apoyo económico para gastos de inscripción, matrícula, transporte y alimentación, para lo cual deberá incluir a su solicitud el anexo 1 completamente diligenciado.
2. Debe conocer y entender los lineamientos de la Política de Capacitación (PLT – 012), el Procedimiento de Capacitación (PRD-CLV-ADM-01-14) y el Procedimiento de Viajes Capacitación en el Exterior (PRD-CLV-ADM-01-29).
3. Diligenciar este formulario de solicitud en su totalidad (original y copia).
4. Anexar el cuadernillo académico que contenga los datos generales del programa, valor de la inversión, malla curricular y proceso de inscripción.
5. La solicitud debe ser presentada ante el Jefe inmediato quien la evaluará junto con el Jefe del Departamento de Gestión Humana y, según el caso, será revisada por el comité de capacitación.

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL COLABORADOR SOLICITANTE

I. DATOS DEL COLABORADOR SOLICITANTE

Fecha de Solicitud		Nombre del solicitante			No. Documento de Identificación	
DD	MM	AAAA				
Área / Departamento	Cargo	Fecha de Vinculación FEI		Tiempo de Vinculación	Tipo de Contrato	
		DD	MM	AAAA		
Objeto de la solicitud	Subsidio de capacitación		Tipo de programa	Curso / Seminario / Congreso / Foro		
	Transporte Terrestre (Anexo 1)			Diplomado		
	Transporte Aéreo (Anexo 1)			Especialización		
	Alojamiento (Anexo 1)			Maestría		
	Alimentación			Otro: _____		

II. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

Justificación de la solicitud							
Coherencia con el cargo que desempeña en la FEI							
Institución Educativa / Entidad Organizadora			Nombre del programa				
Sede / lugar del programa			Modalidad				
			Presencial		A Distancia	Semipresencial	
Fecha de Inicio		Fecha de Finalización		¿Requiere visa?		¿Tiene visa?	
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se encuentra en trámite <input type="checkbox"/>	
Duración del programa			Horario	Última fecha de inscripción		Nombre Responsable Factura	
				DD	MM	AAAA	

Documentos anexos

III. OBSERVACIONES

Carta / memo de interés	<input type="checkbox"/>						
Carta de Aceptación (Postgrados)	<input type="checkbox"/>						
Portafolio / Cuadernillo académico	<input type="checkbox"/>						
Recibo de Pago / Factura	<input type="checkbox"/>	Datos contacto entidad capacitadora	Nombre completo:				
			Dirección:		Teléfono:		
			Email:				

	SOLICITUD CAPACITACIÓN	Código: FMT – 223 –	Nit 860.023.814-8 No responsable de IVA - ICA 7x1000 Calle 170 N° 15-68 Tel (571) 676 7700 - Fax (571) 671 1318
		Versión: 05, 18/06/2018	
		Vigente desde: 01/05/2016	
		Página: 2 de 3	

Anexo 1 (Transporte / Alojamiento) <input type="checkbox"/>	
Cotización <input type="checkbox"/>	
Requiere gastos de viaje <input type="checkbox"/>	Se debe diligenciar el Formato Solicitud Anticipo por este concepto (FMT 094-)
Otros <input type="checkbox"/>	

IV. FIRMA DEL SOLICITANTE

D.I.

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA FUNDACIÓN

V. COSTO DE ACTIVIDAD

Ítem	Concepto	Moneda	Valor solicitado	Valor aprobado	Modalidad de pago
1	Inscripción				
2	Matrícula				
3	Transporte				
4	Alimentación				
5	Alojamiento				
6	Otros _____.				
TOTAL					

VI. PRESUPUESTO

¿Actividad presupuestada?	Rubro Presupuestal
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

VII. APROBACIONES

Concepto del Jefe inmediato ¿Aprueba la solicitud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Observaciones	Fecha	Firma
Coherencia con el cargo que desempeña en la FEI Concepto del Director Académico / Rector ¿Aprueba la solicitud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Observaciones	Fecha	Firma
Concepto de Dirección Administrativa ¿Aprueba la solicitud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Observaciones	Fecha	Firma
Concepto del Comité de Capacitación ¿Aprueba la solicitud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Observaciones	Fecha	Firma
Concepto de Gestión Humana ¿Aprueba la solicitud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Observaciones	Fecha	Firma

	SOLICITUD CAPACITACIÓN	Código: FMT – 223 –	Nit 860.023.814-8 No responsable de IVA - ICA 7x1000 Calle 170 N° 15-68 Tel (571) 676 7700 - Fax (571) 671 1318
		Versión: 05, 18/06/2018	
		Vigente desde: 01/05/2016	
		Página: 3 de 3	

ANEXO 1

Este documento debe ser diligenciado por el colaborador solicitante en aquellos casos en los que requiera alguno de los siguientes ítems:

- Servicio de transporte aéreo o terrestre** nacional y/o internacional para trasladarse al lugar donde se desarrollará el programa de capacitación. El proceso de reserva de tiquetes aéreos es realizado directamente por la Fundación. Sin embargo el colaborador podrá indicar en este formato los datos sugeridos para el vuelo / viaje.
- Servicio de hospedaje**, se debe diligenciar únicamente cuando el lugar de hospedaje es recomendado por el organizador del programa de capacitación, y que éste haga mención a algún tipo de convenio con el Hotel. De lo contrario la Fundación se encargará de efectuar el proceso de compra de reservas del hospedaje.

I. INFORMACIÓN DE TRANSPORTE													
Transporte Aéreo <input type="checkbox"/>						Transporte Terrestre <input type="checkbox"/>							
Fecha Ida				Fecha de regreso				Recomendaciones especiales					
DD	MM	AAAA	Hora	DD	MM	AAAA	Hora						
Ciudad Origen				Ciudad Destino									
Aerolínea / Operador				Aerolínea / Operador									
No. De Vuelo / Viaje				No. De Vuelo / Viaje									
Reserva				Reserva									
II. INFORMACIÓN DE ALOJAMIENTO													
Nombre del Hotel						Dirección / Ubicación							
Fecha Check-In						Fecha Check-Out				Servicios de alimentación incluidos			
DD	MM	AAAA	Hora	DD	MM	AAAA	Hora	Desayuno <input type="checkbox"/>	Almuerzo <input type="checkbox"/>	Cena <input type="checkbox"/>	Servicio no requerido <input type="checkbox"/>		
Recomendaciones especiales													
III. PRESUPUESTO													
¿Actividad presupuestada?						Rubro Presupuestal							
Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>											
IV. FIRMA DEL SOLICITANTE													
<div style="border-top: 1px solid black; width: 20%; margin: 0 auto; text-align: center;">D.I.</div>													