|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE APOYO SEGIS – LENGUA DE SEÑAS COLOMBIANAS – LSC -** | | | | |
|  | | | | |
| ***La solicitud deberá ser enviada a los correos electrónicos:*** [***equidaddegeneroeinclusionsocial@narino.gov.co***](mailto:equidaddegeneroeinclusionsocial@narino.gov.co)  [***claudiay.martinez@hotmail.com***](mailto:claudiay.martinez@hotmail.com) | | | | |
| **DATOS DEL SOLICITANTE Y TIPO DE SOLICITUD** | | | | |
| **NOMBRE DEL SOLICITANTE:** | | | | |
| **DEPENDENCIA:** | | | | |
| **CARGO:** | | | | |
| **CELULAR:** | | | | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | | | | |
| **FECHA ENVÍO DE SOLICITUD:** | | | | |
| **FECHA REQUERIMIENTO DEL SERVICIO:** | | | | |
|  | | | | |
| **TIPO DE SERVICIO** | | | | |
| Evento en vivo PRESENCIAL | | |  | |
| Evento en vivo VIRTUAL | | |  | |
| Evento pregrabado PRESENCIAL | | |  | |
| Evento pregrabado VIRTUAL | | |  | |
| Página web Gobernación | | |  | |
| Nota periodística - pregrabado | | |  | |
| Spot publicitario | | |  | |
| Video y/o programa institucional | | |  | |
|  | | | | |
| **OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN DEL APOYO - LSC** | | | | |
| En este espacio deberá describir:   * Tipo de evento y/o video que se va a desarrollar. * De requerir el servicio de manera **presencial**, deberá ubicar hora, lugar y fecha donde deberán acudir los interprete. * De tratarse de un video pregrabado, se deberá adjuntar el audio a interpretar, debidamente marcado o enumerado en orden, para que de tal manera sean realizados los videos LSC. De ser un video largo, se solicita este sea divido para evitar desajustes en la interpretación.   *(La solicitud tanto para eventos en vivo como pregrabados deberá realizarse con mínimo 2 días previos a la necesidad)*  *(Se puede requerir hasta 10 personas de manera simultánea para la prestación del servicio)* | | | | |
| **PÚBLICO OBJETIVO** | | | | |
| **INTERNO** |  | **EXTERNO** | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESPACIO RESERVADO PARA SER DILIGENCIADO SOLO POR LA SECRETARÍA SEGIS** | | |
|  | | |
| **FECHA DE RECIBIDO DE LA SOLICITUD:** |  |  |
| **FECHA DE ENTREGA DEL MATERIAL Y/O SERVICIO:** |  |  |
| **RESPONSABLE(S) (JUVENSOR):** |  |  |
|  | | |
| **SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO - LSC –** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| El servicio fue entregado y/o realizado en el tiempo y según requerimientos establecidos por el solicitante | **SI** |  | **NO** |  |

|  |
| --- |
|  |
| **ANOTACIONES GENERALES** |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Supervisor del Contrato:**

***YISED VERÓNICA CAICEDO GONZÁLEZ***

***Secretaria Equidad de Género e Inclusión Social – Gobernación de Nariño***