

SOLICITUD DE CAPACITACIÓN
PROGRAMA NACIONAL DE FORMACION CONTINUA OFIMÁTICA

ANEXO 6

FECHA : 23 - 2 - 2021

NOMBRE DE LA EMPRESA:

NIT DE LA EMPRESA: - - -

TELEFONO: **Ext:**

APORTACIÓN MENSUAL AL INSAFORP: (Según Último recibo ISSS) **NUMERO PATRONAL:**

NUMERO DE EMPLEADOS:

ACTIVIDAD ECONÓMICA:(De acuerdo a Clasificación ISSS)

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE CAPACITACION EN LA EMPRESA:

CORREO ELECTRÓNICO:

NOMBRE DE LA CAPACITACION:

RAZON SOCIAL DEL ORGANIZADOR :

COSTE POR PERSONA :

LUGAR DE EJECUCIÓN:

DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO DE EJECUCIÓN:

No. HORAS :

DETALLE DE FECHAS DE EJECUCION - HORARIO (S):

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES PROPUESTOS:

N°	Nombre	Cargo	N° ISSS	N° DUI	F	M
1	Franklin Alejandro López Ramírez	Limpieza	ISSS	05756113-8	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Juan Perez	Administrativo	1234899	12345678-9	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Franklin Alejandro López Ramírez	Limpieza	ISSS	05756113-8	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

NOMBRE DEL GERENTE GENERAL O RESPONSABLE DE CAPACITACIÓN

1er. apellido

2do. Apellido

Nombres

Cargo

Firma

SELLO DE LA
EMPRESA