

## PROGRAMA NACIONAL DE FORMACION CONTINUA OFIMÁTICA

## ANEXO 6

FECHA : 12 - 3 - 202

**NOMBRE DE LA EMPRESA:** Empresa  
(Razón social)
**NIT DE LA EMPRESA:** 3535 - 435435 - 454 - 6

**TELEFONO:** 1235-464 **Ext:**
**APORTACIÓN MENSUAL AL INSAFORP:** 100.00 (Según Último recibo ISSS) **NUMERO PATRONAL:** fsdffgg

**NUMERO DE EMPLEADOS:**  
 3

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:(De acuerdo a Clasificación ISSS)**

Actividad Económica

**NOMBRE DEL RESPONSABLE DE CAPACITACION EN LA EMPRESA:** franklin López

**CORREO ELECTRÓNICO:** franklin\_lopez@ricaldone.edu.sv

**NOMBRE DE LA CAPACITACION:**

Oferta de prueba

**RAZON SOCIAL DEL ORGANIZADOR :** **COSTO POR PERSONA :** **LUGAR DE EJECUCIÓN:**

Asociación Institución Salesiana/ITR 42.47 ONLINE

**DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO DE EJECUCIÓN:**

San Salvador, San Salvador

**No. HORAS :** **DETALLE DE FECHAS DE EJECUCION - HORARIO (S):**

20 Horas Horario

**NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES PROPUESTOS:**

N°	Nombre	Cargo	N° ISSS	N° DUI	F	M
1	Franklin Alejandro López Ramírez	Cargo	21321354	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

Favor anexar fotocopia de último recibo pagado del ISSS