

SOLICITUD DE CAPACITACIÓN
PROGRAMA NACIONAL DE FORMACION CONTINUA OFIMÁTICA



ANEXO 6

FECHA : 25 - 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	IT	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