

**SOLICITUD DE CAPACITACION
PROGRAMA NACIONAL DE FORMACION CONTINUA
OFIMÁTICA**



ANEXO 6

FECHA

- -
DÍA - MES - AÑO

NOMBRE DE LA EMPRESA:
(Razón Social)

N.I.T. DE LA EMPRESA: - - -

TELEFONO: Ext.:

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

NUMERO DE EMPLEADOS

ACTIVIDAD ECONOMICA: (De acuerdo a Clasificación ISSS)

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE CAPACITACION EN LA EMPRESA

CORREO ELECTRONICO

NOMBRE DE LA CAPACITACION:

RAZON SOCIAL DEL ORGANIZADOR : COSTO POR PERSONA : LUGAR DE EJECUCION:

DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO DE EJECUCION

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

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES PROPUESTOS:

Nº	NOMBRE	CARGO	Nº ISSS	Nº DUI	F	M
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOMBRE DEL GERENTE GENERAL O RESPONSABLE DE CAPACITACION

1er apellido 2do. Apellido Nombres

CARGO FIRMA

SELLO
DE LA EMPRESA