

FECHA		
	-	
DÍA	MES	AÑO

NOMBRE DE LA EMPRESA:

(Razón Social según recibo ISSS)

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

TELEFONO: Ext.:

APORTACIÓN MENSUAL AL INSAFORP:

NUMERO PATRONAL:

ACTIVIDAD ECONOMICA: (De acuerdo a Clasificación ISSS)

NUMERO DE EMPLEADOS

RESPONSABLE DE CAPACITACIONES EN LA EMPRESA:

CORREO ELECTRONICO VIGENTE:

NIVEL Y MÓDULO DEL CURSO DE INGLES A INICIAR:

RAZON SOCIAL DEL ORGANIZADOR :

COSTO POR PERSONA :

LUGAR DE EJECUCION:

DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO DE EJECUCION

No. HORAS :

DETALLE DE FECHAS DE EJECUCION:

HORARIO DE EJECUCIÓN:

INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Nº	PARTICIPANTE	CARGO	Nº ISSS	Nº DUI	F	M
1					☐	☐
2					☐	☐
3					☐	☐
4					☐	☐
5					☐	☐

RESPONSABLE DE CAPACITACION

--	--	--

NOMBRES

1ER. APELLIDO

2DO. APELLIDO

CARGO DEL FIRMANTE

FIRMA

SELLO
DE LA EMPRESA