

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					<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"/>

RESPONSABLE DE CAPACITACION

NOMBRES

1ER. APELLIDO

2DO. APELLIDO

CARGO DEL FIRMANTE

FIRMA

SELLO
DE LA EMPRESA