

SOLICITUD DE SERVICIOS DE CAPACITACIÓN

Fecha:		
Tipo de Identificación:	Marque con "X" una de las opciones () Cédula Jurídica () Cédula Física	Número:
Razón social o nombre de la persona:		
Nombre comercial:		

Especifique en **orden de prioridad** cuáles temas de capacitación requiere su unidad productiva.

Tema (Máximo cinco)	No. Personas	Observaciones (Uso exclusivo del INA)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Para la ejecución del servicio de capacitación, la unidad productiva dispone de alguna de las siguientes condiciones: **(Puede marcar varias opciones)**.

- () Instalaciones () Mobiliario () Equipo () Maquinaria
() Herramientas () Electricidad () Agua () Ninguna

¿Cuál es el objetivo de la capacitación solicitada? **(Puede marcar varias opciones)**

- () Fortalecer el proyecto () Mejorar Calidad del producto o servicio
() Mejorar servicio al cliente () Desarrollar un producto () Incrementar ventas
() Mejorar competencias del personal () Otro: _____

CONTACTO O COORDINADOR DE LA SOLICITUD DE CAPACITACIÓN

Nombre:	Nº de Identificación:
Correo electrónico:	Teléfono:
Puesto:	Firma:
PARA USO EXCLUSIVO DEL INA	
Nombre de quien recibe:	Nombre de quien registra:
Fecha:	Fecha registro:
Firma:	Firma:
Observaciones:	Consecutivo de la solicitud:

--	--