

NOMBRE DEL PROGRAMA: _____

CODIGO PROGRAMA: _____

VERSION: _____

TIPO PROGRAMA:

ESPECIALIZACION _____

TECNOLOGO _____

TECNICO _____

AUXILIAR _____

OPERARIO _____

COMPLEMENTARIA _____

EDT _____

AULA MOVIL _____

CONVENIO: _____

(SI APLICA)

CARACTERIZACION: _____

(SI APLICA)

TIPO DE OFERTA

A LA MEDIDA _____

NO A LA MEDIDA _____

OFERTA REGULA _____

DURACION _____

FECHA INICIO: _____

FECHA FINAL: _____

HORA: DE: _____

HASTA: _____

No APRENDICES: _____

DIAS DE FORMACION:

L _____ M _____ M _____ J _____ V _____ S _____ D _____

EMPRESA SOLICITANTE _____

NIT: _____

NOMBRE CONTACTO: _____

TELEFONO CONTACTO: _____

LUGAR DONDE SE REALIZA LA FORMACION:

DEPARTAMENTO: _____

MUNICIPIO: _____

DIRECCION: _____

**** Informacion Personal Instructor(a) Responsable ****

NOMBRE COMPLETO

N° IDENTIFICACION

N° TELEFONO DE CONTACTO

FIRMA

CORREO ELECTRONICO INSTRUCTOR

Bo. Vo. COORDINADOR

FECHA SOLICITUD

**** Espacio para diligenciar Oficina de Registro y Certificación de Centro ****

POR REVISAR _____

PROGRAMA EXISTENTE _____

No SOLICITUD _____

APROBADA EMPRESA _____

APROBADA _____

No FICHA _____

ID EVENTO _____

PUBLICADA _____

NOMBRE RUTA APRENDIZAJE _____

OBSERVACIONES: