|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de Solicitud:**  |  |
| **Nombre de la Empresa:** |  |
| **Nombre del Solicitante:** |  |
| **Número de Teléfono del Solicitante:** |  |
| **Cómo contactó con la APC?** | Internet |  | Referencias |  | Redes Sociales |   | Por los cursos |  | Otros |  |
| **Propietario/ Representante Legal de la Empresa:** |  |
| **Ubicación de la sucursal donde se dictará la capacitación:** |  |
| **Emitir Presupuesto a Nombre de:** |  | **Correo:** |  |
| **Principales Servicios ofrecidos por la Empresa:** |  |
| ***Tema 1 de Capacitación:*** |  |
| **Mes o fecha planificada para la Capacitación:** |  |
| **Carga horaria estimada para la capacitación:** |  |
| **Cantidad de Participantes:** |  |
| **¿ A quiénes va dirigida la capacitación ? :**  |  | Gerentes |  |  Jefes y Supervisores |  | Asistentes y Auxiliares |  | Otros (Especificar) |
| **Modalidad:** |  | Presencial |  | Virtual |
| **Cuentan con Políticas documentadas relacionadas a la Norma o tema solicitado de Capacitación?** |  | NO |  | SI | Favor especificar: |  |
| ***Tema 2 de Capacitación:*** |  |
| **Carga horaria estimada para la capacitación:** |  |
| **Cantidad de Participantes:**  |  |
| **¿ A quiénes va dirigida la capacitación ? :**  |  | Gerentes |  |  Jefes y Supervisores |  | Asistentes y Auxiliares |  | Otros (Especificar) |
| **Modalidad**  |   | Presencial |  | Virtual |
| **Disponen de un espacio físico para el desarrollo de las clases presenciales teniendo en cuenta los protocolos sanitarios vigentes ?** |  | No |  | Si | Favor especificar: |  |
| **Disponen de óptima señal de internet y de los equipos informáticos necesarios para las clases virtuales ?** |  | No |  | Si | Favor especificar: |  |
| **La Empresa cuenta con alguna Certificación vigente?** |  | No |  | Si | Favor especificar: |  |