



Información General

Nombre del Programa: _____

Fecha de inicio de operaciones (dd/mm/año): _____

Datos de la empresa

Razón Social del negocio/empresa: _____

Giro principal: _____

Sector al que pertenece: _____

RFC (con homoclave): _____

Domicilio de la empresa

Calle y Número _____

Colonia: _____

Código Postal: _____

Delegación o municipio: _____

Entidad Federativa: _____

Teléfono (lada+no): _____

e-mail: _____

Datos de autoempleo

Nombre del empleado: _____

Puesto: _____

Identificación oficial que adjunta*: _____

RFC (con homoclave), en su caso: _____

CURP: _____

Salario mensual: _____

Teléfono (lada+no): _____

Celular: _____

e-mail: _____

Monto historico invertido en capacitación del empleado:

**Nota: anexar copia de identificación oficial*

Nombre y firma del beneficiario

Nombre y firma del empleado