



Consejo para el Comisionamiento y
el Aseguramiento de la Calidad

**PROGRAMA DE CAPACITACIONES
INSCRIPCION A CURSOS**

NOMBRE DEL CURSO:

Duración (días):	Fecha de inicio:	Fecha de terminación:
Lugar:	Módulos:	Valor Total \$:

INFORMACION PERSONAL

NOMBRES:							
APELLIDOS:							
Identificación:	CC No.		CE No.				
PROFESION:	Fecha de grado:						
INSTITUCION:			Ciudad:		Pais:		
Lugar de nacimiento:	Ciudad:		Departamento:		Pais:		
Fecha de nacimiento:	Día:		Mes:		Año:	Estado civil:	
Dirección:			Teléfono:		Ciudad:		
e-mail:			Celular:				

Perfil profesional

Cargo actual:	Empresa:			
Dirección:	Ciudad:	Pais:	Tel:	E-mail:

1. EXPERIENCIA

EXPERIENCIA PROFESIONAL

EMPRESA	PAIS	CARGO	Responsabilidades del cargo	Fecha de inicio	Fecha de terminación

Firma

Nota: Por favor enviar este formulario diligenciado y escaneado a: comercial@comisionamiento.org

Fecha y medio de pago:

Código	Revisó	Aprobó
FT- RH-03-CA		