 CAPACITACION CARLOS JIMENEZ LAZO E.I.R.L

RUT: 76.714.108-4

DOCTOR SOTERO DEL RÍO 508 OFICINA 1034

SANTIAGO CENTRO

TELEFONO: 2 2638 1745

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

**TALLER DE LEGISLACION LABORAL ACTUALIZADA, CÁLCULO DE REMUNERACIONES, INDEMNIZACIONES, FINIQUITOS (12 HRS.), Incluye Ley 21.327, Modernización de la Dirección del Trabajo.**

**DATOS GENERALES DEL CURSO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de realización: **05, 06, 07 Y 08 DE JUNIO 2023,** | | |  | Cierre de Inscripción:02 horas antes del inicio | | |  |
| Duración:**12 horas.** |  |  | | |  | Horario:  **19:00 a 22:00 horas cada día** |  |
| Lugar de realización: CURSO EN LINEA | | | | | | |  |

**DATOS COMPLETOS DEL O LOS/AS ALUMNOS/AS**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Nombres y Apellido: | |
| RUT: | Cargo o Actividad: |
| Teléfono fijo/móvil: | Correo electrónico: |
| 2) Nombres y Apellidos: | |
| RUT: | Cargo o Actividad: |
| Teléfono fijo/móvil: | Correo electrónico: |
| 3) Nombres y Apellidos: | |
| RUT: | Cargo o Actividad: |
| Teléfono fijo/móvil: | Correo electrónico: |

**DATOS DE FACTURACION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Razón Social: | | | |
| RUT: | | Giro: | |
| Dirección: | | | |
| Comuna: | Ciudad: | | Región: |
| Teléfono fijo/móvil: | | Correo electrónico: | |

La factura emitida será enviada en formato PDF al o los correos indicados en este formulario. Si usted o su organización son receptores de factura electrónica, la factura se enviará al correo autorizado por el SII para recibir dicho documento.

Si necesita que sea enviada a otra dirección de correo, favor indicarlo a continuación.

|  |
| --- |
| Correo electrónico: |

**MODALIDADES Y CONDICIONES DE PAGO** (Se solicita leer atentamente las indicaciones que se señalan)

***Modalidades de pago para los cursos:***

* Pago contado: Depósito o transferencia en cuenta **vista N°29170678531 del Banco Estado, a nombre de CAPACITACION VALORACAPACITA SPA RUT: 76.714.108-4.** Se debe enviar copia escaneada del depósito o transferencia al correo [CARLOSJIMENEZ@VALORACAPACITA.CL](mailto:CARLOSJIMENEZ@VALORACAPACITA.CL) indicando: nombre del PARTICIPANTE, nombre EMPRESA y fecha del curso a realizar.
* Pago contado: Cheque al día, nominativo y cruzado a nombre de **CAPACITACION VALORACAPACITA SPA**

**LA INSCRIPCIÓN SOLO SERA EFECTIVA PREVIA INDICACIÓN DE FORMA Y FECHA DE PAGO**

|  |
| --- |
| FORMA DE PAGO: |
| FECHA DE PAGO: |

**OBSERVACIONES:**

* Valoracapacita. se reserva la posibilidad de modificar la fecha y horarios del curso ofrecido si a ello se viere obligado por motivos ajenos a su voluntad.
* Por tratarse de cupos limitados no se aceptarán anulaciones de las inscripciones con menos de tres días hábiles antes de la fecha de inicio del curso inscrito.
* Es requisito cumplir con un quórum mínimo para la realización del curso.
* Nuestros valores son exentos de IVA.
* Diploma.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y cargo de quien autoriza la inscripción |  | Firma y Timbre de la Empresa |