

SOLICITUD DE APOYO NO CREDITICIO, PARCIAL Y TEMPORAL PARA INSTITUCIONES DE MICROFINANCIAMIENTO E INTERMEDIARIOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SUCURSALES, EXTENSIONES Y/O AGENCIAS

USO EXCLUSIVO FOMMUR	
Folio:	
Fecha de recepción:	
DIM	
Acrónimo	
Nivel IMF	

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

Seleccionar la(s) casilla(s) correspondientes al tipo de entidad(es) solicitada(s), pudiendo ser más de uno.			
Entidad solicitada	Sucursal(es) <input type="checkbox"/>	Extensión(es) <input type="checkbox"/>	Agencia(s) <input type="checkbox"/>
¿Tendrá cobertura en zonas de atención prioritaria?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Definiendo como Zonas de Atención Prioritaria (ZAP) aquellas que se conforman a lo establecido en el Decreto para el desarrollo de Zonas Prioritarias vigente, publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF)			

TIPO DE APOYO NO CREDITICIO, PARCIAL Y TEMPORAL	Gastos de infraestructura <input type="checkbox"/>	Gastos de operación <input type="checkbox"/>	
Los gastos de operación son por los montos vigentes establecidos al momento de la autorización de operación, pudiendo ser hasta por:			
Tipo de entidad	Sucursal	Extensión	Agencia
Cobertura en meses	12 (doce)	18 (dieciocho)	24 (veinticuatro)
o hasta alcanzar el punto de equilibrio, lo que suceda primero.			

I	DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN DE MICROFINANCIAMIENTO O INTERMEDIARIO		
1. Nombre, denominación o razón social de la Institución de Microfinanciamiento o Intermediario			
CUMPLIMENTAR PUNTOS DEL 2 AL 12 SÓLO EN CASO DE HABER SUFRIDO MODIFICACIONES.			
2. Registro federal de contribuyentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nombre(s) del (los) representante(s) legal(es) (Agregar un renglón por representante)			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
4. Nombre del contacto			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
Dirección de la Institución de Microfinanciamiento o Intermediario			
5. Calle y número			
6. Colonia o fraccionamiento			
7. Municipio o delegación		10. Teléfono (con clave LADA)	
8. Código postal		11. Fax (con clave LADA)	
9. Estado		12. Correo electrónico	

II		CAPACIDAD INSTALADA DE LA INSTITUCIÓN DE MICROFINANCIAMIENTO O INTERMEDIARIO					
13. Número y ubicación de entidades con que cuenta actualmente. (Agregar un renglón por tipo de entidad y sede correspondiente)							
Tipo de entidad ^{1/}			Número de entidades por sede	Ubicación (Nombre de Municipio y Entidad Federativa)	Apoyada con recursos FOMMUR		
S	E	A			Si	No	

^{1/} S=Sucursal E= Extensión A= Agencia

En adelante, la solicitud está dividida por secciones. Cumplimentar únicamente la(s) sección(es) requerida(s) de acuerdo al tipo de entidad(es) solicitada(s):

Tipo de entidad	Sucursal	Extensión	Agencia
Sección	A	B	C

SECCIÓN A: SUCURSALES

A 1. Sucursal(es) solicitada(s) y usuarios a atender (Repetir la tabla por cada sucursal solicitada)

Nombre de la entidad responsable					
Ubicación de la sucursal		Distancia (Km) entre sucursal y la IMF	Número de población real	Número de mercado potencial para microcrédito	Principales actividades productivas de la región y de la población objetivo
Localidad					
Municipio					
Estado					
Municipios, localidad, colonia o ranchería a atender (Agregar un renglón por cada municipio, localidad, colonia o ranchería)		Distancia (Km) entre población a atender y sucursal	Número de población real	Número de mercado potencial para microcrédito	Principales actividades productivas de la región y de la población objetivo

A 2. Proyección de sucursal(es).

Es posible usar una sola tabla para aquellas que tienen la misma proyección, únicamente se requiere indicar a qué sucursales aplica; en su caso, repetir la tabla para aquellas que tengan una proyección diferente.

Ubicación de la(s) sucursal(es):										
Mes	Créditos Grupales					Créditos Individuales			Totales	
	No. de grupos	Prom. de personas por grupo	Total de acred. en grupos	Monto prom. del crédito por persona en grupo	Monto total del crédito grupal	No. de acred. Indivs.	Monto prom. del crédito indiv.	Monto total del crédito indiv.	Total de créditos	Monto total
1.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
2.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
3.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
4.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
5.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
6.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
7.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
8.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
9.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
10.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
11.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
12.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
Total	0	0	0	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
acred.= Acreditados		prom.= Promedio		indivs.= Individuales		indiv.= Individual				

A 3. Gastos anuales presupuestados para cada sucursal. (Agregar un renglón por cada sucursal solicitada)

Ubicación de la agencia	Gastos de infraestructura	Gastos de operación	Ingresos anuales

A 4. Características del crédito a otorgar en la(s) sucursal(es) solicitada(s)

Distribución de crédito por tipo de beneficiario:	Solidario _____ % Individual _____ %									
Monto promedio del crédito proyectado y plazo máximo correspondiente:	<table border="1"> <tr> <th>Tipo de crédito</th> <th>Monto</th> <th>Plazo máximo</th> </tr> <tr> <td>Solidario</td> <td>\$ _____</td> <td>_____ Semanas</td> </tr> <tr> <td>Individual</td> <td>\$ _____</td> <td>_____ Semanas</td> </tr> </table>	Tipo de crédito	Monto	Plazo máximo	Solidario	\$ _____	_____ Semanas	Individual	\$ _____	_____ Semanas
Tipo de crédito	Monto	Plazo máximo								
Solidario	\$ _____	_____ Semanas								
Individual	\$ _____	_____ Semanas								
Tasa mensual:	_____ % Global <input type="checkbox"/> Sobre saldo insoluto <input type="checkbox"/>									
Recuperación:	Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> En caso de "Otro" especificar: _____									

SECCIÓN B: EXTENSIONES

B 1. Entidad(es) responsable(s) que supervisará(n) cada una de la(s) extensión(es) (Agregar un renglón por cada entidad responsable de la(s) extensión(es))

Entidad responsable						No. de extensiones por entidad responsable		
Entidad responsable de la(s) extensión(es) ^{1/}		Apoyada con recursos FOMMUR		Nombre	Ubicación		Teléfono	Correo electrónico
M	S	Si	No					

^{1/} M= Matriz S=Sucursal

B 2. Extensión(es) solicitada(s) y usuarios a atender (Repetir la tabla por cada extensión solicitada)

Nombre de la entidad responsable				Matriz <input type="checkbox"/> Sucursal <input type="checkbox"/>	
Ubicación de la extensión		Distancia (Km) entre extensión y su entidad responsable	Número de población real	Número de mercado potencial para microcrédito	Principales actividades productivas de la región y de la población objetivo
Localidad					
Municipio					
Estado					
Municipios, localidad, colonia o ranchería a atender (Agregar un renglón por cada municipio, localidad, colonia o ranchería)		Distancia (Km) entre población a atender y extensión	Número de población real	Número de mercado potencial para microcrédito	Principales actividades productivas de la región y de la población objetivo

B 3. Proyección de extensión(es).

Es posible usar una sola tabla para aquellas que tienen la misma proyección, únicamente se requiere indicar a qué extensiones aplica; en su caso, repetir la tabla para aquellas que tengan una proyección diferente.

Ubicación de la(s) extensión(es):										
Mes	Créditos Grupales					Créditos Individuales			Totales	
	No. de grupos	Prom. de personas por grupo	Total de acred. en grupos	Monto prom. del crédito por persona en grupo	Monto total del crédito grupal	No. de acred. indivs.	Monto prom. del crédito indiv.	Monto total del crédito indiv.	Total de créditos	Monto total
1.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
2.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
3.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
4.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
5.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
6.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
7.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
8.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
9.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
10.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
11.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
12.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
13.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
14.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
15.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
16.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
17.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
18.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
Total	0	0	0	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
acred.= Acreditados prom.= Promedio indivs.= Individuales indiv.= Individual										

B 4. Gastos presupuestados en 18 meses para cada extensión. (Agregar un renglón por cada extensión solicitada)

Ubicación de la agencia	Gastos de infraestructura	Gastos de operación	Ingresos anuales

B 5. Características del crédito a otorgar en la(s) extensión(es) solicitada(s)

Distribución de crédito por tipo de beneficiario:	Solidario _____ %	Individual _____ %									
Monto promedio del crédito proyectado y plazo máximo correspondiente:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de crédito</th> <th>Monto</th> <th>Plazo máximo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Solidario</td> <td>\$ _____</td> <td>Semanas _____</td> </tr> <tr> <td>Individual</td> <td>\$ _____</td> <td>Semanas _____</td> </tr> </tbody> </table>		Tipo de crédito	Monto	Plazo máximo	Solidario	\$ _____	Semanas _____	Individual	\$ _____	Semanas _____
	Tipo de crédito	Monto	Plazo máximo								
	Solidario	\$ _____	Semanas _____								
Individual	\$ _____	Semanas _____									
Tasa mensual:	_____ % Global <input type="checkbox"/> Sobre saldo insoluto <input type="checkbox"/>										
Recuperación:	Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>										
	En caso de "Otro" especificar: _____										

SECCIÓN C: AGENCIAS

C 1. Entidad(es) responsable(s) que supervisará(n) cada una de la(s) agencia(s) (Agregar un renglón por cada entidad responsable de la(s) agencia(s))

Entidad responsable						No. de agencias por entidad responsable			
Entidad responsable de la(s) agencia(s) ^{1/}			Apoyada con recursos FOMMUR		Nombre		Ubicación	Teléfono	Correo electrónico
M	S	E	Si	No					

^{1/} M= Matriz S=Sucursal E= Extensión

C 2. Agencia(s) solicitada(s) y usuarios a atender (Repetir la tabla por cada agencia solicitada)

Nombre de la entidad responsable		Matriz <input type="checkbox"/> Sucursal <input type="checkbox"/> Extensión <input type="checkbox"/>			
Ubicación de la agencia		Distancia (Km) entre agencia y su entidad responsable	Número de población real	Número de mercado potencial para microcrédito	Principales actividades productivas de la región y de la población objetivo
Localidad					
Municipio					
Estado					
Municipios, localidad, colonia o ranchería a atender (Agregar un renglón por cada municipio, localidad, colonia o ranchería)		Distancia (Km) entre población a atender y residencia del agente	Número de población real	Número de mercado potencial para microcrédito	Principales actividades productivas de la región y de la población objetivo

C 3. Proyección de agencia(s).

Es posible usar una sola tabla para aquellas que tienen la misma proyección, únicamente se requiere indicar a qué agencias aplica; en su caso, repetir la tabla para aquellas que tengan una proyección diferente.

Ubicación de la(s) agencia(s):										
Mes	Créditos Grupales				Créditos Individuales			Totales		
	No. de grupos	Prom. de personas por grupo	Total de acred. en grupos	Monto prom. del crédito por persona en grupo	Monto total del crédito grupal	No. de acred. Indivs.	Monto prom. del crédito indiv.	Monto total del crédito indiv.	Total de créditos	Monto total
1.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
2.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
3.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
4.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
5.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
6.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
7.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
8.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
9.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
10.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
11.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
12.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
13.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
14.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
15.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
16.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
17.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
18.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
19.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
20.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
21.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
22.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
23.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
24.			0		\$0.00			\$0.00	0	\$0.00
Total	0	0	0	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00

acred.= Acreditados prom.= Promedio indivs.= Individuales indiv.= Individual

C 4. Gastos presupuestados en 24 meses para cada agencia. (Agregar un renglón por cada agencia solicitada)

Ubicación de la agencia	Gastos de infraestructura	Gastos de operación	Ingresos anuales

C 5. Características del crédito a otorgar en la(s) agencia(s) solicitada(s)

Distribución de crédito por tipo de beneficiario:	Solidario _____ %	Individual _____ %									
Monto promedio del crédito proyectado y plazo máximo correspondiente:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de crédito</th> <th>Monto</th> <th>Plazo máximo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Solidario</td> <td>\$ _____</td> <td>_____ Semanas</td> </tr> <tr> <td>Individual</td> <td>\$ _____</td> <td>_____ Semanas</td> </tr> </tbody> </table>		Tipo de crédito	Monto	Plazo máximo	Solidario	\$ _____	_____ Semanas	Individual	\$ _____	_____ Semanas
Tipo de crédito	Monto	Plazo máximo									
Solidario	\$ _____	_____ Semanas									
Individual	\$ _____	_____ Semanas									
Tasa mensual:	_____ % Global <input type="checkbox"/> Sobre saldo insoluto <input type="checkbox"/>										
Recuperación:	Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> En caso de "Otro" especificar: _____										

LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTA FORMA SE DECLARA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, AMPARADA CON LA EVIDENCIA DOCUMENTAL CORRESPONDIENTE, ADEMÁS SE ACEPTA LLEVAR A CABO LA OPERACIÓN DE ESTA INSTITUCIÓN DE MICROFINANCIAMIENTO O INTERMEDIARIO, Y CORRESPONDIENTE(S) ENTIDAD(ES) SOLICITADAS, CON BASE EN LA NORMATIVIDAD Y REGLAS DE OPERACIÓN VIGENTES EN EL FOMMUR.

Sirva la presente para manifestar mi compromiso y obligación de mantener en operación la(s) entidad(es) autorizada(s) por un lapso de 18 meses posteriores al finiquito del apoyo no recuperable.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Consideraciones generales para su llenado:

- El Programa del Fondo de Microfinanciamiento a Mujeres Rurales garantiza la confidencialidad de información proporcionada.
- Este formato deberá presentarse en la oficina del Programa del Fondo de Microfinanciamiento a Mujeres Rurales, situado en Blvd. Adolfo López Mateos 3025, piso 11, Col. San Jerónimo Aculco, Delegación Magdalena Contreras, C.P. 10400, México, D.F., de lunes a viernes en días hábiles de 9:00 a 14:00 y de 16:00 a 18:00 hrs.
- Se deben respetar las áreas sombreadas para uso exclusivo del Programa del Fondo de Microfinanciamiento a Mujeres Rurales.
- Este formato deberá ser llenado conforme los siguiente lineamientos:
 - en computadora, a máquina o con letra de molde,
 - en español,
 - por duplicado
- Los documentos oficiales que se presenten con alteraciones, raspaduras o enmendaduras no tendrán validez alguna.
- Este formato debe ser llenado según el tipo de trámite y únicamente deberán presentarse las hojas cumplimentadas.
- Los campos referentes a montos deberán registrarse en moneda nacional.
- En caso de no existir información a contestar en algún rubro, anotar **NA (No Aplica)**.
- Este formato podrá obtenerse en las siguientes direcciones:
 - en la página de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, www.cofemer.gob.mx
 - en la página del Fondo de Microfinanciamiento a Mujeres Rurales www.fommur.gob.mx
- La solicitud debe cumplir con todos los requisitos para ser analizada, evaluada y puesta a consideración del órgano de decisión que marcan las Reglas de Operación del Programa del Fondo de Microfinanciamiento a Mujeres Rurales vigentes.

Trámite al que corresponde la forma:

APOYO NO CREDITICIO, PARCIAL Y TEMPORAL

MODALIDAD H) A INSTITUCIONES DE MICROFINANCIAMIENTO INTERMEDIARIOS ACREDITADOS POR EL FOMMUR PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SUCURSALES
Número de Registro Federal de Trámites y Servicios: SE-12-010 H

MODALIDAD I) A INSTITUCIONES DE MICROFINANCIAMIENTO INTERMEDIARIOS ACREDITADOS POR EL FOMMUR PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LAS EXTENSIONES
Número de Registro Federal de Trámites y Servicios: SE-12-010 I

MODALIDAD J) A INSTITUCIONES DE MICROFINANCIAMIENTO INTERMEDIARIOS ACREDITADOS POR EL FOMMUR PARA EL ESTABLECIMIENTO DE AGENCIAS
Número de Registro Federal de Trámites y Servicios: SE-12-010 J

Fecha de autorización de la forma por parte de la Oficialía Mayor: _____

Fecha de autorización de la forma por parte de Comisión Federal de Mejora Regulatoria: 16/12/2009

Fundamento jurídico-administrativo:

ACUERDO por el que se dan a conocer las Reglas de Operación para la asignación del subsidio canalizado a través del Fideicomiso del Programa del Fondo de Microfinanciamiento a Mujeres Rurales para el Ejercicio Fiscal, regla 7.2 inciso c).

Documentos anexos requeridos:

1. Estudio de mercado
2. Mapa de localización de colonias o comunidades susceptibles de atención.
3. Descripción del puesto del (las) persona(s) que integrarán el equipo de trabajo que operará(n) la(s) sucursal(es), extensión(es) y/o del (los) agente(s) encargado(s) de promoción, colocación y recuperación que va(n) a operar la(s) agencia(s); así como perfiles a solicitar.
4. Cronograma de planeación, indicando las actividades a realizar para la apertura de la(s) agencia(s) desde el estado inicial, acciones y responsables.
5. Estimación de gastos de infraestructura de acuerdo a la entidad (sucursal, extensión y/o agencia)
6. Estimación de gastos de operación de acuerdo a la entidad solicitada, desglosada por mes y por concepto.

Tipo de entidad	Sucursal	Extensión	Agencia
No. de meses	12 (doce)	18 (dieciocho)	24 (veinticuatro)

7. Mecanismos de control que la Institución de Microfinanciamiento o Intermediario implantará para consolidar la información y dar seguimiento al desempeño de la(s) sucursal(es), extensión(es) y/o agencia(s).
8. Colocación de crédito, monto promedio, ingreso por cobro de intereses, erogaciones por gastos, por los últimos 12 (doce) meses, de la entidad que supervisará. **En caso de sucursal(es) este punto no aplica.**
9. Organigrama de la entidad que supervisará. **En caso de sucursal(es) este punto no aplica.**

Tiempo de respuesta: Máximo tres meses (90 días naturales).

- La copia simple del formato utilizado para este trámite será considerada como constancia de inicio de trámite, siempre que contenga el sello original del Programa del Fondo de Microfinanciamiento a Mujeres Rurales, el número y la fecha de presentación. Asimismo dicha copia será válida como constancia del trámite, siempre y cuando éste proceda y cubra con toda la información requerida.
- Si en el análisis de la información, se requiriera aclarar detalle(s) específicos financieros, contables y/o legales, ésto se comunicará a la Institución de Microfinanciamiento o al Intermediario en un plazo no mayor a 10 días hábiles a partir de la fecha de recepción de este formato y éste tendrá 10 días hábiles para hacer la aclaración o remitir la documentación que sustente lo indicado.

Número telefónico del responsable del trámite para consultas:

Tel. 56-29-95-00 ó 57-29-91-00 Ext. 27605, 27627, 27645
 Fax. 56-29-95-00 Ext. 27798.
 Correo electrónico: fommur@sepronafim.gob.mx

Número telefónico para quejas:

Órgano Interno de Control en la SE
 Tel. 5629-95-52 (directo)
 5629-95-00 (conmutador)
 Ext. 21201, 21215, 21219.

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Sistema de Atención Telefónica a la Ciudadanía-SACTEL a los teléfonos: 2000-2000 en el D.F. y área metropolitana, del interior de la República sin costo para el usuario al 01 800 386 24 66 o desde Estados Unidos y Canadá al 1 800 475-2393