

SOLICITUD DE APOYO NO CREDITICIO, PARCIAL Y TEMPORAL PARA INSTITUCIONES DE MICROFINANCIAMIENTO E INTERMEDIARIOS PARA ASISTENCIA TÉCNICA

USO EXCLUSIVO FOMMUR	
Folio:	
Fecha de recepción:	
DIM:	

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

¿LA INSTITUCIÓN DE MICROFINANCIAMIENTO O INTERMEDIARIO SOLICITANTE ESTÁ ACREDITADO POR EL FOMMUR?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

I DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN DE MICROFINANCIAMIENTO O INTERMEDIARIO

1. Nombre, denominación o razón social de la Institución de Microfinanciamiento o Intermediario:		
2. Nombre del enlace en la Institución de Microfinanciamiento o Intermediario:		
3. Cargo o puesto que desempeña el enlace en la Institución:		
4. Teléfono(s) del enlace (incluir clave lada):	Oficina:	
	Particular:	
5. Correo electrónico del enlace:		

II DATOS DE LA ACCIÓN SOLICITADA

6. Nombre de la acción:				
7. Eje temático (marcar todos los que apliquen):	Planeación <input type="checkbox"/>	Gobernabilidad <input type="checkbox"/>	Administración <input type="checkbox"/>	Finanzas <input type="checkbox"/>
	Contabilidad <input type="checkbox"/>	Procesos metodológicos <input type="checkbox"/>	Operación de crédito <input type="checkbox"/>	Recursos humanos <input type="checkbox"/>
	Informática <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	, especifique: _____	
8. Objetivo:				
9. Descripción de la acción:				
10. Resultados esperados (enumerar):				
11. Relación de entregables que se compromete a presentar al final de esta acción:				
12. Período en que se realiza la acción (en formato dd/mm/aaaa):	Fecha de inicio:	_____		
	Fecha de término:	_____		
13. Duración aproximada:	_____ Horas <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/>			
14. Monto total de la acción de asistencia técnica (Incluyendo IVA)	\$ _____	Monto en letra	_____	

III	ACCIONES SOLICITADAS
------------	-----------------------------

15. Cumplimentar sólo el apartado correspondiente al tipo de acción solicitada: Asistencias Técnicas y Evaluación de Riesgos o Visitas Técnicas Guiadas

Asistencias Técnicas y Evaluación de Riesgos	
Modalidad	Seleccione
Programa Integral de Asistencias Técnicas	<input type="checkbox"/>
Asistencia Técnica Específica	<input type="checkbox"/>
Programa para la Evaluación de Riesgo (no contestar inciso de indicadores de medición)	<input type="checkbox"/>
Justificación de la solicitud de apoyo no crediticio, parcial y temporal para acciones de asistencia técnica:	
a) Problemática (favor de ser específicos):	
b) Cómo se identificó el problema:	
c) Prioridad(es) a atender:	
d) Indicadores de medición:	

Visitas Técnicas Guiadas (Cumplimentar la sección III, punto 16)		
Modalidad	Seleccione	Sede (Especifique)
Visita Técnica Guiada Nacional	<input type="checkbox"/>	Ciudad: _____ Estado: _____
Visita Técnica Guiada Internacional	<input type="checkbox"/>	Ciudad: _____ País: _____

III DATOS DEL (LOS) PARTICIPANTE(S) APLICA EXCLUSIVAMENTE PARA VISITAS GUIADAS			
16. Datos generales del (los) participante(s) (agregar una tabla por participante)			
Participante			
Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Grado Escolar			
SEC <input type="checkbox"/>	BCH <input type="checkbox"/>	CAT <input type="checkbox"/>	LIC <input type="checkbox"/> MAT <input type="checkbox"/> DRD <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>
En caso de "OTRO" especificar: _____			
Puesto	Antigüedad en la Institución	Teléfonos del participante, incluyendo clave LADA	
		Oficina	Ext. _____
		Particular	_____
Correo electrónico	Trayectoria en el sector		
Participante			
Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Grado Escolar			
SEC <input type="checkbox"/>	BCH <input type="checkbox"/>	CAT <input type="checkbox"/>	LIC <input type="checkbox"/> MAT <input type="checkbox"/> DRD <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>
En caso de "OTRO" especificar: _____			
Puesto	Antigüedad en la Institución	Teléfonos del participante, incluyendo clave LADA	
		Oficina	Ext. _____
		Particular	_____
Correo electrónico	Trayectoria en el sector		
17. Comentarios			

USO GENERAL	
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 CON BASE EN LA NORMATIVIDAD Y REGLAS DE OPERACIÓN VIGENTES EN EL FOMMUR.	
_____	_____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Consideraciones generales para el llenado de la solicitud:

- El Programa del Fondo de Microfinanciamiento a Mujeres Rurales garantiza la confidencialidad de la información proporcionada.
- Este formato deberá presentarse en la oficina del Programa del Fondo de Microfinanciamiento a Mujeres Rurales, ubicado 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 Fideicomiso 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.
- Únicamente deberán presentarse las hojas cumplimentadas.
- El significado de las claves empleadas en el "Módulo III" punto 7 son los siguientes:
 - SEC Secundaria
 - BCH Bachillerato o equivalente
 - CAT Carrera Técnica o equivalente
 - LIC Licenciatura o equivalente
 - MAT Maestría o equivalente
 - DRD Doctorado
 - OTRO Otro grado escolar (especificar en el recuadro destinado para ello)
- 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 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 vigentes que marcan las Reglas de Operación del Programa del Fondo de Microfinanciamiento a Mujeres Rurales, para ser analizada, evaluada y puesta a consideración del órgano de decisión.

Trámite al que corresponde la forma:

APOYO NO CREDITICIO, PARCIAL Y TEMPORAL

MODALIDAD A) A INSTITUCIONES DE MICROFINANCIAMIENTO E INTERMEDIARIOS ACREDITADOS POR EL FOMMUR PARA REALIZAR ACCIONES DE ASISTENCIA
Número de Registro Federal de Trámites y Servicios: SE-12-010 A

MODALIDAD B) A INSTITUCIONES DE MICROFINANCIAMIENTO E INTERMEDIARIOS EN PROCESO DE ACREDITACIÓN PERO QUE NO CUMPLAN CON EL REQUISITO DE TENER 1 AÑO DE ANTIGÜEDAD EN LAS MICROFINANZAS O QUE LE HAYAN SIDO DETECTADOS ASPECTOS DE MEJORA QUE REQUIERAN DE ASISTENCIA TÉCNICA
Número de Registro Federal de Trámites y Servicios: SE-12-010 B

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 a).

Documentos anexos requeridos:

1. Copia simple de identificación oficial (credencial de elector, pasaporte, cartilla del servicio militar mexicano) de los apoderados o representantes legales.
 2. Currículo vitae de(l) (los) consultor(es) propuesto(s).
 3. Propuesta técnica y económica del consultor propuesto y/o justificación técnica de la consultoría.
- En caso de las Visitas Técnicas Guiadas Nacionales o Internacionales, además de los anteriores, adjuntar:
4. Propuesta técnica y económica de la Visita
 5. Currículo vitae de(l) (los) participante(s)

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, éste 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. 5629-95-00 ó 5729-91-00 Ext. 27605, 27629, 27642, 27650, 27740
Fax. 5629-95-00 Ext. 27696
Correos electrónicos: 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