

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

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 ACCIONES SOLICITADAS DE CAPACITACIÓN																						
6. Definir la acción solicitada																						
a) Nombre de la capacitación:																						
b) Tipo de capacitación:	<table border="1"> <thead> <tr> <th align="center" colspan="2">Modalidad</th> <th align="center">Seleccione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Curso de inducción</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Conferencia de actualización</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Taller de capacitación en Microseguros</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Programa de Alta Dirección</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Participación en eventos Nacionales e Internacionales del sector</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Taller Regional</td> <td>Nombre del Taller _____</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Modalidad		Seleccione	Curso de inducción		<input type="checkbox"/>	Conferencia de actualización		<input type="checkbox"/>	Taller de capacitación en Microseguros		<input type="checkbox"/>	Programa de Alta Dirección		<input type="checkbox"/>	Participación en eventos Nacionales e Internacionales del sector		<input type="checkbox"/>	Taller Regional	Nombre del Taller _____	<input type="checkbox"/>
	Modalidad		Seleccione																			
	Curso de inducción		<input type="checkbox"/>																			
	Conferencia de actualización		<input type="checkbox"/>																			
	Taller de capacitación en Microseguros		<input type="checkbox"/>																			
	Programa de Alta Dirección		<input type="checkbox"/>																			
Participación en eventos Nacionales e Internacionales del sector		<input type="checkbox"/>																				
Taller Regional	Nombre del Taller _____	<input type="checkbox"/>																				
c) Sede de la capacitación:	Nacional <input type="checkbox"/> especifique, ciudad y estado: _____ Internacional <input type="checkbox"/> especifique, ciudad y país : _____																					
d) 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: _____																					
e) Objetivo:																						

f) Resultados esperados (enumerar):			
g) Fecha de inicio de la capacitación (en formato dd/mm/aaaa):		h) Fecha de término de la capacitación (en formato dd/mm/aaaa):	
i) Duración aproximada:	_____ Horas <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/>		

III	DATOS DEL (LOS) PARTICIPANTE(S)
------------	----------------------------------------

7. 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		

8. Comentarios	
----------------	--

IV	DATOS DEL APOYO NO CREDITICIO, PARCIAL Y TEMPORAL
-----------	----------------------------------------------------------

9. Monto total de la acción de capacitación (Incluyendo IVA)

\$ _____	Monto en letra _____
----------	----------------------

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

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:

- Currículo vitae de(l) (los) participante(s).
- Copia de Identificación oficial de(l) (los) participante(s).
- Copia de Identificación oficial del representante legal.

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. 5629-95-00 ó 5729-91-00 Ext. 27605, 27629, 27612, 27626, 27643
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