**Formulario de solicitud de subsidio / Cursos Regulares**

***Versión 4 - 2020***

***1. Datos de la empresa beneficiaria[[1]](#footnote-1)***

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Fantasía |  |
| Razón Social |  |
| Nro. R.U.T. |  |
| Nro. B.P.S. |  |
| Nro. de empresa ante M.T.S.S. |  |
| Sector de Actividad |  | Código CIIU[[2]](#footnote-2) |
| Giro de la empresa |  |
| Fecha de inicio de actividad |  |
| Director/ Presidente / Gerente General – Representantes Legales | Nombre |  |
| Cargo |  |
| Contacto de la Empresa frente a INEFOP para notificaciones, pagos y firmas de contrato *\* Datos obligatorios* | Nombre |  |
| Cargo |  |
| e-mail |  |
| teléfono |  |

|  |
| --- |
| **Domicilio legal de la empresa:** |
| Calle |  | Nº |  | Apto. |   |
| Localidad |  | Departamento |  | C.P. |  |
| Teléfono 1 |  | Teléfono 2 |  |
| Fax |  | e-mail de la empresa |  |
| Sitio web, redes sociales |  |

**Antecedentes de la Empresa:**

|  |  |
| --- | --- |
| Breve historia de la empresa / ¿Cómo están sus ventas actualmente? / Sus clientes son nacionales o extranjeros? / ¿Tiene algún mercado objetivo como meta? Máx. 250 palabras |  |
| Descripción de sus principales actividades comerciales y de servicios, indique qué productos o servicios vende actualmente |  |
| N° de personas ocupadas en la empresa (incluidos propietarios y trabajadores) |  |

***2. Datos de la Capacitación que se solicita***

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del curso |  |
| Fecha inicio |  | Fecha finalización |  |
| Duración (días, meses) |  |
| Carga Horaria Total |  | Horario del curso  |  |
| Costo de la capacitación |  |
| IVA |  |
| Costo total (impuestos incluidos en caso de que aplique)[[3]](#footnote-3) |  |
| Entidad de Capacitación (ECA) | Nombre |  |
| Número INEFOP |  |
| Cantidad de personas a capacitar |  |

**Explique las razones por las que la Empresa considera necesaria la Capacitación (obligatorio) Máx. 250 palabras**

***3. Datos de las Personas a Capacitar****\* favor llenar todos los campos por participante*

Repita este cuadro tantas veces como personas se vayan a capacitar.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellido |  |
| Cédula de Identidad |  | Teléfono |  |
| e-mail |  | Edad |  |
| Localidad donde reside |  | Departamento |  |
| Fecha ingreso a la empresa |  | Cargo que ocupa en la empresa |  |
| Identidad de género | * Mujer \_\_\_
* Varón \_\_\_
* Mujer Trans \_\_\_
* Varón Trans \_\_\_
* Ninguna de las anteriores \_\_\_
 |
| Tiene usted alguna discapacidad | SI |  | NO |  |
| Tiene alguna dificultad permanente para… |  | No tiene dificultad | Si, alguna dificultad | Si, mucha dificultad | No puedo hacerlo |
| ¿Ver, aún si usa anteojos o lentes? |  |  |  |  |
| ¿Oír, aún si usa audífono? |  |  |  |  |
| Caminar o subir escalones |  |  |  |  |
| Entender y/o aprender |  |  |  |  |
| Controlar los nervios/emociones |  |  |  |  |
| Mover los brazos o manos |  |  |  |  |
| Hablar |  |  |  |  |

**COMPLETE SU REGISTRO**

Para el momento de evaluación de la solicitud deben encontrarse registrados en la plataforma de vía trabajo, todos los participantes acá reflejados. Para mayor información diríjase al siguiente link:

Acceder al siguiente link: <http://viatrabajo.mtss.gub.uy/viatrabajoweb/servlet/registropostulante>

***4 Forma de pago[[4]](#footnote-4)***

**Marcar la modalidad del pago:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Modalidad II |  | **Reintegro de fondos – la empresa beneficiaria paga el 100% de la consultoría o cap. a medida al proveedor y luego INEFOP le reintegra hasta en 3 pagos, a la empresa beneficiaria el subsidio aprobado. Se aclara que en esta modalidad el subsidio desembolsado se asigna sobre el monto cotizado sin IVA.** |
| Modalidad III |  | **Cuota Parte – la empresa beneficiaria paga su cuota parte****directamente al proveedor e INEFOP paga el subsidio aprobado****directamente al proveedor. El pago de INEFOP puede realizarse****hasta en 3 pagos.** |

***4. Otros Apoyos***

Explique si la Empresa ha tenido otros apoyos desde INEFOP y desde otros programas de apoyo Nacionales o Internacionales:

**IMPORTANTE**

Para su consideración, esta solicitud deberá enviarse junto a copia de certificados únicos vigentes de BPS, DGI, planilla de trabajo unificada actualizado máximo 30 de antigüedad (donde figure la persona que realizará la capacitación) o Caja de Profesionales en el caso de los Profesionales Independientes, propuesta de la entidad de capacitación (según formato establecido). Remitir información a empresas@inefop.org.uy, se considera formalizada la solicitud una vez remitidos todos los recaudos. En caso de dudas puede comunicarse al correo shermida@inefop.org.uy

1. La información proporcionada por la empresa será manejada con absoluta reserva por INEFOP [↑](#footnote-ref-1)
2. Clasificador Internacional Industrial Uniforme – dato obligatorio [↑](#footnote-ref-2)
3. La cotización de los cursos debe expresarse en moneda nacional e incluir impuestos. [↑](#footnote-ref-3)
4. En todas las modalidades, los pagos se encuentran sujetos a la entrega en conformidad de los formularios y entregables solicitados al proveedor. [↑](#footnote-ref-4)