**Solicitud de Apoyo “Modalidad Asociativa”**

**Capacitación a Medida (CM) o Asistencia Técnica (AT)**

**Versión 2 - 2020**

***1. Datos del Grupo de empresas[[1]](#footnote-1)***

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Situación institucional –forma jurídica (describirla) |  |
| Nro. R.U.T. |  |
| Nro. B.P.S. |  |
| Código CIIU[[2]](#footnote-2) |  |
| Rama de actividad que agrupa |  |
| Ámbito geográfico en el queestán radicadas lasempresas del grupo |  |
| Término fiscal |  22%  |  | 10%  |  | Exento  |  |
| Cantidad de Empresas solicitantes |
| Contacto de la Empresa frente a INEFOP para notificaciones y pagos | Nombre |  |
| Cargo |  |
|  | Mail |  |
|  | Teléfono |  |

|  |
| --- |
| **Representante legal[[3]](#footnote-3)** |
| Apellido y Nombre |  | C.I |  |
| Calle |  | Nº |  | Apto. |  |
| Localidad |  | Departamento |  | C.P. |  |
| Teléfono 1 |  | Teléfono 2 |  |
| e-mail |  |
| Sitio web |  |
| Apellido y Nombre |  | C.I |  |
| Calle |  | Nº |  | Apto. |  |
| Localidad |  | Departamento |  | C.P. |  |
| Teléfono 1 |  | Teléfono 2 |  |
| e-mail |  |
| Sitio web |  |

***2. Las Empresas*** *(participantes y documentación de las empresas)*

* Completar y enviar archivo “Anexo Formulario Asociativo”

***3. Datos del servicio que se solicita***

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Asistencia solicitada |  |
| Fecha inicio |  | Fecha finalización |  |
| Duración (días, meses) |  |
| Carga Horaria Total |  |
| Costo total (impuestos incluidos)[[4]](#footnote-4) |  |
| Entidad de Capacitación (ECA) | Nombre |  |
| Número |  | Exonera IVA | SI |  | NO |  |

**Forma de pago[[5]](#footnote-5) - 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 ésta 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.** |

**Explique las razones por las que la Asociación considera necesaria la CM o AT**

**Descripción de la CM o AT**

**¿Qué resultados espera obtener con éste servicio? Cómo piensa medirlo**

|  |  |
| --- | --- |
| Resultado |  |
| Indicadoresde Resultados |  |

***IMPORTANTE: Para su consideración, esta solicitud deberá enviarse junto a copia de certificados únicos vigentes de BPS (o Caja de Profesionales), DGI, copia de planilla de trabajo actualizada (donde figure la persona que realizará la capacitación)*** ***de cada una de las empresas que integran el grupo asociativo, y propuesta de la entidad de capacitación (detallando contenidos del curso, duración, carga horaria, cotización en moneda nacional y curriculum vitae de equipo docente). Remitir información a empresas@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. **Representa legalmente a la asociación o al grupo de empresas.** [↑](#footnote-ref-3)
4. **La cotización de los cursos debe expresarse en moneda nacional e incluir impuestos.** [↑](#footnote-ref-4)
5. En ambas modalidades, los pagos se encuentran sujetos a la entrega en conformidad de los formularios de evaluación intermedia y final tanto para el proveedor como para la empresa beneficiaria. [↑](#footnote-ref-5)