**Formulario de Solicitud de Apoyo**

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

**Versión 3 - 2020**

***1. Datos de la empresa beneficiaria[[1]](#footnote-2)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | | | | | | |
| Razón Social |  | | | | | | |
| Nro. R.U.T. |  | | | | | | |
| Nro. B.P.S. |  | | | | | | |
| Código CIIU |  | | | | | | |
| Año que comenzó a operar |  | | | | | | |
| Término fiscal | 22% |  | | 10% |  | Exento |  |
| Responsables legales aptos para la firma de documentación (agregue filas si es mas de uno) | Nombre | |  | | | | |
| Cargo | |  | | | | |
| Contacto de la Empresa frente a INEFOP para notificaciones y pagos | Nombre | |  | | | | |
|  | Cargo | |  | | | | |
|  | Mail | |  | | | | |
|  | Teléfono | |  | | | | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mercado mayoritario | *local* | Montevideo | Interior | Exterior |
|  |  |  |  |  |
| Servicio o Producción Zafral | SI |  | NO |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Número de propietarios que trabajan en la empresa |  |
| Número de trabajadores que ocupan puestos gerenciales |  |
| Número de trabajadores que se desempeñan como mandos medios |  |
| Número de trabajadores en otras funciones |  |
| Total de personas (propietarios más trabajadores) |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Tiene definiciones escritas de las tareas para cada puesto de trabajo? | SI |  | No |  |
| ¿Capacitan a sus trabajadores? | Si |  | No |  |
| ¿Cuenta con políticas ambientales? | SI |  | No |  |
| ¿Cuenta con políticas de Responsabilidad Social Empresarial? | Si |  | No |  |
| ¿Cuenta con certificaciones de calidad? | Si |  | No |  |

**Antecedentes de la Empresa:**

|  |
| --- |
|  |

**Descripción del proceso productivo/servicio de la Empresa:**

|  |
| --- |
|  |

***Fortalezas y Debilidades de la empresa.*** *Indique resumidamente cuáles son las principales fortalezas y debilidades de su empresa en cada uno de los siguientes temas:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Fortalezas** | **Debilidades** |
| Mercado |  |  |
| Gestión |  |  |
| Proceso productivo o de prestación de servicio |  |  |
| Tecnología |  |  |
| Recursos Humanos |  |  |
| Información y gestión de la información |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la actividad |  | | | | | | | | | | | |
| Tipo | AT | |  | | | CM | | | |  | | |
| Fecha inicio |  | | Fecha finalización | | | |  | | | | | |
| Duración (meses) |  | | | | | | | | | | | |
| Carga Horaria Total |  | | | | | | | | | | | |
| Costo total (impuestos incluidos)[[2]](#footnote-3) |  | | | | | | | | | | | |
| Entidad de Capacitación (ECA) | Nombre |  | | | | | | | | | | |
| Número INEFOP | | |  | Exonera IVA | | | SI |  | | NO |  |

**Forma de pago[[3]](#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 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 Empresa considera necesaria la AT o CM:**

**Descripción de la AT o CM:**

**¿Qué resultados espera obtener con ésta AT o CM ? Cómo piensa medirlo**

|  |  |
| --- | --- |
| Resultado |  |
| Indicadores  de Resultados |  |

***3. Participantes de la empresa beneficiaria. (las personas directamente capacitadas en la AT o en la CM).***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y Apellido | Cargo en la Empresa | Nro de cédula |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Número total de participantes/involucrados en la actividad por parte de la empresa. |  |

***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 y propuesta del proveedor (Descargar “Formato propuesta Proveedor AT - INEFOP “). Remitir información a empresas@inefop.org.uy.***

1. **La información proporcionada por la empresa será manejada con absoluta reserva por INEFOP** [↑](#footnote-ref-2)
2. **La cotización de los cursos debe expresarse en moneda nacional e incluir impuestos.** [↑](#footnote-ref-3)
3. En todas las 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-4)