

**FORMULARIO de SOLICITUD ASOCIATIVO para:**

* **CAPACITACIÓN**
* **ASISTENCIA TÉCNICA**
* **CupÓn para curso regular**
1. **TIPO DE SOLICITUD:**

**Marque todas las opciones que solicite:**

|  |  |
| --- | --- |
| Capacitación |  |
| Asistencia Técnica |  |
| Cupón para curso regular |  |

1. **DATOS DE LA ORGANIZACIÓN O GRUPO SOLICITANTE (reiterar esta Sección II para c/organización solicitante)**

**(En caso de ser una pre-cooperativa deberá completar los ítems: 1, 6, 7, 8, 13 y siguientes en**

**caso de corresponder)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nombre o Denominación |  |
| 2. Razón Social: |  |
| 3. Nº R.U.T. |  |
| 4. Nº B.P.S. |  |
| 5. Nº de empresa ante M.T.S.S. |  |
| 6. Clase Cooperativa o tipo de Entidad jurídica beneficiaria |  |
| 7. Sector de Actividad |  |
| 8. Giro/rubro de la Cooperativa |  |
| 9. Año que comenzó a operar |  |
| 10. Afiliación a Org. Superiory/o integración a Mesa |  |
| 11. Nombre del IAT (en caso de cooperativas de vivienda): |  |
| 12. Representantes legales | Nombre |  |
| Cargo |  |
|  | Nombre |  |
|  | Cargo |  |
| 13. Contacto referente de la Cooperativa con el PROCOOP | Nombre |  |
|  | Cargo |  |
|  | E-MAIL |  |
|  | Celular |  |

|  |
| --- |
| **14. Domicilio legal de la Cooperativa:** |
| Calle |  | Nº |  | Apto. |   | Esq. |  |
| Localidad |  | Departamento |  | C.P. |  |
| Teléfono 1 |  | Teléfono 2 |  |
| Fax |  | e-mail |  |
| Sitio web |  |

**15. Datos de la Organización:**

|  |  |
| --- | --- |
| Facturación anual aproximada (en pesos uruguayos) |  |
| Nº de personas ocupadas en la Organización (incluidos socios y empleados) |  |
| Cantidad de socios:  | Mujeres (M) \_\_Varones(V) \_\_Otras identidades (O) \_\_ |
| ¿Cuenta con Comisión CEFIC? Nombre de responsable de Capacitación |  |
| ¿Tiene un Plan de Formación o Capacitación actual? |  |

**16. Personas en la organización:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Concepto: | Cant. Socios  | Cant. Empleados  |
| Total de personas que trabajan en la organización (separe nº socios y nº de empleados) | Mujeres (M) \_\_Varones(V) \_\_Otras identidades (O) \_\_ | Mujeres (M) \_\_Varones(V) \_\_Otras identidades (O) \_\_ |
| Número de puestos gerenciales (dirección y coord., gral) | Mujeres (M) \_\_Varones(V) \_\_Otras identidades (O) \_\_ | Mujeres (M) \_\_Varones(V) \_\_Otras identidades (O) \_\_ |
| Número de mandos medios (jefes de sectores) | Mujeres (M) \_\_Varones(V) \_\_Otras identidades (O) \_\_ | Mujeres (M) \_\_Varones(V) \_\_Otras identidades (O) \_\_ |
| Número de trabajadores en otras funciones (distintas de las anteriores) | Mujeres (M) \_\_Varones(V) \_\_Otras identidades (O) \_\_ | Mujeres (M) \_\_Varones(V) \_\_Otras identidades (O) \_\_ |

**17. Descripción de clientes y mercado de la organización (si corresponde):**

|  |
| --- |
|  |

**18. ¿La cooperativa cuenta con el certificado de Prestación Coactiva (INACOOP) ó de Regularidad del MIDES (en caso de ser cooperativa social) al día? En caso de no tenerlo debe tramitarlo a la brevedad.**

1. **DETALLE DE LA CAPACITACIÓN (a medida o regular) O ASISTENCIA TÉCNICA QUE SOLICITA**

**19. Explique las razones por las que la organización considera necesaria la Capacitación / Asistencia Técnica / Curso Regular y los Resultados esperados:**

Fundamente la contribución de esta formación en su organización a: la creación de empleo, el mantenimiento de empleo, el crecimiento económico, la atención de población en vulnerabilidad (socios o externos), o el desarrollo y la inserción en sectores dinámicos de la economía del país. Indique los medios de verificación de estos cambios.

Especifique sus expectativas sobre la incidencia de la formación solicitada en qué área/s de su emprendimiento.

**20. COMPLETE EL CUADRO QUE CORRESPONDA A SU SOLICITUD:**

**20.A.- CAPACITACIÓN a medida que se solicita:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de Capacitación**  |  |
| Fecha inicio (tentativa) |  | Fecha finalización |  |
| Duración (días, meses) |  |
| Disponibilidad horaria (días y horarios) |  |
| Carga Horaria Total |  |
| Lugar de la capacitación |  |
| Entidad de Capacitación (ECA)/Consultor que se propone (si corresponde) | Nombre |  |
| Naturaleza jurídica |  | Exonera IVA: | SI |  | NO |  |
| Mail de contacto |  | Tel de Contacto |  |
| **Módulo Transversal Coop** | Incluido en la temática (sí,no): | Solicita (sí, no, no corr.): |  |

**20.B.- ASISTENCIA TÉCNICA que se solicita:**

|  |  |
| --- | --- |
| Temas de Asistencia Técnica |  |
| Fecha inicio (tentativa) |  | Fecha finalización |  |
| Duración (días, meses) |  |
| Disponibilidad horaria (días y horarios) |  |
| Carga Horaria Total |  |
| Entidad de Capacitación y Asistencia Técnica (ECA)/Consultor que se propone (si corresponde) | Nombre |  |
| Naturaleza jurídica |  | Exonera IVA | SI |  | NO |  |
| Mail de contacto |  | Tel de contacto |  |

**20.C.- CAPACITACIÓN en CURSO REGULAR que se solicita (cupón):**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Curso Regular  |  |
| Fecha inicio (tentativa) |  | Fecha finalización |  |
| Duración (desde-hasta) |  |
| Carga Horaria Total |  |
| Lugar (dirección, localidad) |  |
| Entidad de Capacitación (ECA) | Nombre |  |
| Naturaleza jurídica |  | Exonera IVA: | SI |  | NO |  |
| Mail de contacto |  | Tel de Contacto |  |

**IV. DATOS COMPLEMENTARIOS**

**21. Conectividad disponible: (marcar la o las opciones a las que acceden todos los participantes)**

\_\_ PC con acceso a plataformas (Zoom, GMeet, WAppWeb, ClassRoom) para videoconferencias

sincrónicas (al mismo tiempo todos)

\_\_ PC con acceso a plataformas educativas para videoconferencias asincróncias (clases grabadas,

cada uno la ve cuando puede)

\_\_ Celular conectable a plataformas o redes sociales

\_\_ Solo trabajo presencial. Cuenta con salas protocolizadas para todes los participantes, equipadas con

los medios tecnológicos necesarios.

\_\_ Formación teórica virtual, formación práctica presencial (sistema mixto)

\_\_ Posibilidad de formar pequeños subgrupos presenciales conectados todos virtualmente para sesiones

sincrónicas.

\_\_ Otro método, especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**22. Participante/s (insertar las filas que sea necesario)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre y Apellido** | **Género (M, V, O)**  | **Cédula Identidad** | **Cargo en la Cooperativa** | **Antigüedad** | **Edad** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |

**23. FORMA DE PAGO Para Cupón y/o Propuesta con subsidio parcial. (Marcar la que corresponda).**

**\_\_ Modalidad I – Depósito total INACOOP** – la ECA/Consultor factura el 100% del curso/cupón a

 INACOOP y éste realiza el depósito correspondiente.

**\_\_ Modalidad II – Depósito parcial INACOOP + Entidad beneficiaria** - la ECA/Consultor factura el %

 subsidiado del curso/cupón a INACOOP y éste realiza el depósito correspondiente. (INACOOP pagará a

 la ECA: 40% a la firma del formulario y 60% al final, cuando se apruebe por parte del Comité de Gestión

 del Programa que la capacitación fue correctamente cumplida y la cantidad de asistentes se correspondió

 con lo programado). La entidad beneficiaria pagará el % no subsidiado directamente a la ECA/Consultor.

\_\_ **Modalidad III – Reintegro de fondos** – la entidad beneficiaria paga el 100% del curso/cupón a la

 ECA/Consultor y luego INACOOP le reintegra a la entidad beneficiaria el subsidio aprobado. Se aclara

 que en esta modalidad el subsidio desembolsado se asigna sobre el monto cotizado sin IVA.