**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**PROGRAMA “APOYO A MUJERES EMPRENDEDORAS 2020”**

**(Lea cuidadosamente y responda con letra clara y ordenada)**

1. DATOS RESUMEN DEL PROYECTO

**1.- Identificación de la Beneficiaria**

|  |  |
| --- | --- |
|  Nombre |  |
|  RUT |  | Edad  |  |
|  Dirección Particular |  |
|  Dirección del Negocio |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico |  |
|  Comuna |  |  Región |  BIO-BIO |
| Perteneció a taller laboral el 2019 | SI | NO | Nombre taller |  |

**2.- Nombre del proyecto**

|  |
| --- |
|  |

**3.- Descripción del negocio.** ¿En qué consiste? ¿Cuánta experiencia tiene en el rubro? etc.

|  |
| --- |
|  |

**4.- Descripción del Proyecto.** SeñaleObjetivos, lo que busca solucionar, etc.

|  |
| --- |
|  |

**5.- Productos y/o servicios que entregará el proyecto.** Describa características de los servicios o productos.

|  |
| --- |
|  |

**6.- Demanda y Clientela.** Describa quien son sus clientes actuales o potenciales.

|  |
| --- |
|  |

**7.- Promoción del producto.**

Definir qué tipo de acciones piensa realizar para difundir y dar a conocer el emprendimiento.

|  |
| --- |
|  |

**8.- Canales de distribución.**

Indicar de qué forma se efectuará la venta del producto y/o servicio, los puntos de venta que tendrá, transporte y entrega, y las condiciones en que se efectuarán las ventas.

|  |
| --- |
|  |

9.- Recursos para la ejecución del proyecto. Mencione qué materiales, equipamiento o herramientas va a adquirir con el proyecto y su valor. Recuerde que el proyecto no debe superar los $150.000.- En caso de que se quiera hacer un aporte al proyecto favor indicar.

|  |  |
| --- | --- |
| Productos a adquirir | Valor (Con IVA incluido)  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Realizará algún aporte al proyecto (en dinero) | SI | NO | Si responde que sí, indique el monto y destino |  |

Recuerde que no es obligatorio realizar un aporte.

|  |
| --- |
| Señale su Nivel de Ventas Mensual Actualmente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Solo si tiene emprendimiento funcionando) |

II.- OTROS ANTECEDENTES – **Marque con una X** (No considerado en evaluación)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cuenta con Inicio de Actividades | SI |  | NO |  | 1era Cat. |  | 2da Cat. |  |
| Cuenta con Patente Municipal | SI |  | NO |  | PERMISO |  |
| Cuenta con Permiso sanitario | SI |  | NO |  | NO APLICA |  |
| Tiempo desarrollando el emprendimiento |  |
| Pertenece a Algún Programa de Apoyo Social y/o Agrupación | SSYO |  | Senda |  | Artesanos |  |
| Jefas de Hogar |  | Taller Laboral2019 |  | Feriantes |  |
| Ninguno |  | Otro (Señalar) |  |

**CERTIFICADO**

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,RUT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presidenta del Taller Laboral\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifico

que la Sra.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ es participante

activa de la organización social que presido.

Firma y fecha